

UNIVERSIDADE FEDERAL SÃO PAULO

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ESTRATÉGIAS PARA
AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO DE
PACIENTES DIABÉTICOS**

Aluno: Naivy Salomón Salomón

Orientadora: Meiry Fernanda Pinto Okuno

São Paulo

2015

Sumário

1. Introdução.....	3
1.1 Identificando e apresentando o Problema.....	3
1.2 Justificativa da intervenção.....	4
2. Objetivos.....	4
2.1 Objetivo geral.....	4
2.2 Objetivos específicos.....	5
3. Metodologia.....	5
3.1 Cenário da intervenção.....	5
3.2 Sujeitos da intervenção.....	5
3.4 Estratégias e ações.....	5
3.4 Avaliação e monitoramento.....	7
4. Resultados esperados.....	8
5. Cronograma.....	8
6. Referências.....	9
7. Anexo.....	10

1. Introdução

1.1 Identificando e apresentando o Problema

O Diabetes Mellitus (DM) é considerado como um dos principais problemas de saúde pública na atualidade e um dos transtornos metabólicos crônicos mais frequentes do mundo, atingindo a população como um todo e podendo surgir em qualquer idade. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), 11% da população (cerca de 5 milhões de pessoas) acima de 40 anos são pessoas com Diabetes Mellitus. A urbanização crescente, o estilo de vida pouco saudável que inclui alto consumo de gordura e redução da atividade física, obesidade e o envelhecimento populacional são fatores responsáveis por essa crescente tendência de incidência da doença na população. As repercussões da doença, no que se refere tanto as incapacitações e mortalidade prematura, quanto aos custos relacionados ao seu controle e ao tratamento de suas complicações, reafirmam cada vez mais a necessidade de investimento em programas de educação em saúde⁽¹⁻²⁾.

O DM é um transtorno metabólico que caracteriza-se pelo aumento da glicose no sangue, hiperglicemia, e pela perda de glicose na urina, glicosúria, associado ou não a outras substâncias, provocando alterações no metabolismo dos principais nutrientes: proteínas, lipídios e carboidratos⁽²⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽²⁾ reconhece a necessidade dos pacientes diabético adquirirem habilidades de auto cuidado que lhe permitam controlar melhor sua doença, instituindo medidas que lhe permitam a adoção de uma nutrição saudável e a prática de atividade física diária que irá repercutir diretamente na melhoria de sua qualidade de vida, quanto maior o acesso a informação e ao conhecimento sobre sua comorbidade, maior será sua capacidade para mudar seu estilo de vida⁽⁵⁻⁷⁾.

As mudanças no estilo de vida não corresponde só a algumas condutas e comportamentos como a dieta ou ao não consumo de substâncias prejudiciais, ou a prática de exercício físico, mas a outras atitudes e práticas que ocorrem na vida coletiva como a tolerância, a solidariedade, o respeito pelas diferenças e os direitos humanos. Também é importante ter conhecimento sobre a vida e a experiência individual do paciente diabético, o meio físico-psico, familiar e socioambiental, a influência da cultura tanto na aparição como na definição da doença e as atitudes para com ela, neste sentido a educação terapêutica constitui um pilar muito importante e essencial no tratamento dos pacientes diabéticos, a educação terapêutica relacionada ao controle do diabetes é necessária para fornecer aos pacientes, conhecimentos, habilidades, atitudes e motivações para o auto cuidado e autocontrole da doença⁽⁵⁻⁸⁾.

Ao falar de educação, fala-se da importância de se adotarem estratégias, onde as ações sejam de caráter participativo tanto do paciente diabético quando de sua família, como o apoio efetivo dos profissionais da equipe de saúde. Sabe-se que as ações educativas melhoram a relação entre o médico e o paciente influenciando no estilo de vida e os ambientes físico social, além disso, a educação em saúde como uma prática social, baseada no diálogo e na troca de conhecimentos favorece a compreensão dessa relação no processo saúde e doença⁽⁹⁾.

Os profissionais da saúde capacitados para atuarem no processo educativo devem ser agente facilitador e mobilizador, para melhorar as condições de vida das pessoas de risco e evitar o aparecimento da doença. O compartilhamento da responsabilidade terapêutica entre as várias categorias profissionais vem construindo para seu maior

sucesso essencialmente quando a equipe de saúde trabalha integrado e esse processo é favorecido pela utilização da dinâmica dos grupos prévia das necessidades educacionais dos pacientes com a doença, o processo educativo nos grupos e enriquecido mediante a utilização de jogos, que além de serem instrumentos de comunicação, expressão e aprendizado, também facilita a aquisição e a troca de conhecimentos. Essas práticas utilizam algumas técnicas que abordam mais objetivamente a experiência da saúde e do adoecer, para isso o profissional da saúde deve fazer uso de uma linguagem clara, compreensível e simples, adequada a realidade e que tenha como ponto fundamental o paciente buscando conhecer suas necessidades em relação a doença ⁽⁴⁻⁷⁾.

Tomando-se em conta as restrições dietéticas, o tratamento medicamentoso, as alterações no funcionamento normal de diversos órgãos e sistemas do organismo, o impacto pessoal, familiar e social da doença, os gestores e os profissionais da saúde tem sentido a crescente necessidade de desenvolver ações educativas voltadas para os pacientes portadores de Diabetes Mellitus, com a participação de equipes multiprofissional, e para isso é muito importante a promoção da saúde, contextualizada na carta de Ottawa como: o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo, reforçando a responsabilidade e os direitos dos pacientes e da comunidade pela sua própria saúde ⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A educação terapêutica voltada para a prevenção e o controle em Diabetes Mellitus apresenta um desafio quer para os pacientes quer para os profissionais da saúde, visando alcançar melhorias no auto cuidado, associadas aos hábitos alimentares saudáveis, a adesão a prática de atividades físicas e a promoção da saúde. O processo educativo é baseado em ações pedagógicas, por meio da atuação de uma equipe multidisciplinar, que tem como objetivo abordar temas referentes a fisiopatologia da doença, bem como sinais, sintomas, e suas complicações, além dos princípios do tratamento farmacológico e não farmacológico, da dieta e a prática de atividades físicas ⁽¹²⁾⁻¹³.

1.2. Justificativa da Intervenção

Na Estratégia de saúde da Família (ESF) Harmonia, município Itatiba-SP, a população da área de abrangência da ESF-15, em sua grande maioria é diabética e já apresenta complicações pela não aderência ao tratamento farmacológico e não farmacológico, pelos estilos de vida inadequados com relação a manutenção da saúde. Deste modo pensou-se em realizar esse projeto de intervenção para propor estratégias de educação em saúde aos pacientes diabéticos e assim prevenir ou minimizar as complicações decorrentes da doença.

2. Objetivos

2.1 Objetivo geral

Desenvolver um plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de pacientes diabéticos, adscritos na Unidade Harmonia, Itatiba-SP.

2.2. Objetivo específico

- Verificar o conhecimento dos portadores de DM com relação ao autocuidado e complicações da patologia antes e após as intervenções;
- Identificar barreiras ao autocuidado no paciente diabético através de ações educativas para os grupos em atendimento;
- Estimular o autocuidado por meio da formação de grupos com atividades educativas entre profissionais de saúde e usuários diabéticos.

3. Metodologia

3.1 Cenário do estudo

O projeto de intervenção será desenvolvido no território de abrangência do Programa da Saúde da Família de Harmonia, da Secretaria de Saúde de Itatiba.

Fala um pouco da estrutura (quantas equipes de saúde, quem são os profissionais, etc)

3.2 Sujeitos da intervenção

Os sujeitos da intervenção serão os pacientes diabéticos residentes no limite geográfico delimitado na área de abrangência do Programa da Saúde da Família de Harmonia.

3.3 Estratégicas e ações

As ações a serem realizadas incluem: a. O primeiro passo consiste na apresentação deste Projeto de Pesquisa e seu instrumento de medida da adesão ao tratamento medicamentoso, o teste Brief Medication Questionnaire (BMQ)¹⁴ versão traduzida para o português, aos membros da equipe de saúde da do Programa da Saúde da Família de Harmonia. O BMQ é um teste composto por 11 perguntas e que possibilita avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso de usuários. Os problemas encontrados pelo BMQ são divididos em três domínios: 1) regime: composto por 7 perguntas; 2) crença, composto por 2 perguntas; e 3) recordação: composto por 2 perguntas. Esses domínios são obtidos comparando as respostas dos usuários às perguntas com a prescrição médica, pelo registro do prontuário do usuários acompanhados na USF ou receita médica apresentada pelos usuários prescrita por outros médicos ou serviços de saúde. O paciente que apresentar “nenhuma resposta positiva” no teste é classificado como “aderente”, o paciente que apresentar “resposta positiva em um dos três domínios” é classificado como “provável aderente”, o paciente que apresentar “resposta positiva em dois dos três domínios” é classificado como “provável baixa adesão” e o paciente que apresentar resposta positiva nos três

domínios (regime, crença e recordação) é classificado “como baixa adesão”. – Foram acrescentadas ao BMQ informações quanto a dados pessoais dos diabéticos tais como endereço do entrevistado, sua ocupação, idade, sexo, cor da pele, anos completos de estudo, número de pessoas que vivem no domicílio, renda mensal média familiar do último mês em salários mínimos; dados clínicos como comorbidades referidas (angina, infarto agudo do miocárdio – IAM, acidente vascular cerebral – AVC, pé diabético, doença renal, retinopatia, e se havia sido amputado); e, fatores de risco cardiovascular atuais (dieta inadequada, sedentarismo na percepção do entrevistado, uso de álcool, tabagismo referidos e dislipidemia referidos, obesidade pelo Índice de Massa Corporal); resultados de procedimentos no último atendimento na unidade de saúde (peso em quilogramas e gramas, altura em centímetros, cintura em centímetros, glicemia capilar em jejum, pressão arterial – PA sistólica e diastólica em mmHg). Os equipamentos e materiais necessários para as medições serão os disponíveis na unidade. A dieta será considerada inadequada quando os diabéticos disserem que utilizavam açúcar na dieta ou comiam doces. – A apresentação será feita pela autora da pesquisa através de uma reunião na própria unidade. Na ocasião será disponibilizado um impresso do BMQ para todos os participantes (Anexo 1).

O segundo passo será a mobilização dos usuários diabéticos acompanhados pela unidade de saúde e seus familiares para a melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso:

- Divulgação inicial do projeto de pesquisa através dos agentes comunitários de saúde (ACS) durante as visitas domiciliares.

- Reunião com todos os usuários diabéticos e seus familiares e/ou cuidadores, na própria UBS ou em algum espaço social da comunidade, para o esclarecimento do projeto de pesquisa, onde serão levantados todos os benefícios da sua realização para a melhoria da qualidade de vida dos usuários diabéticos acompanhados pela Unidade Harmonia

O terceiro passo será a organização da capacitação dos ACS para a aplicação do teste BMQ em domicílio. .

O quarto passo consistirá na organização da equipe de ACS para aplicação do BMQ durante visitas domiciliares, onde se aproveitará a oportunidade para divulgar o cronograma das atividades programadas a serem realizadas na Unidade Harmonia durante a intervenção. Após o preenchimento do BMQ, os ACS deverão anexá-los na pasta reservada para os mesmos na UBS. Concomitantemente serão organizados os encontros mensais com os diabéticos que responderam ao BMQ para o desenvolvimento de ações e estratégias de facilitação da adesão ao tratamento medicamentoso. Os dados pessoais incompletos, os dados clínicos e os do último contato do usuário para atendimento na UBS, que incluem informações sobre peso, altura, cintura, glicemia capilar PA sistólica e diastólica, serão coletados nestes encontros. Por fim, os resultados obtidos ao final do período de intervenção, serão comparados aos resultados iniciais e discutidos com a equipe de saúde e usuários.

Após a análise situacional da unidade de saúde quanto à atenção aos diabéticos realizada durante as tarefas do Curso de Especialização, identificou-se que um dos problemas enfrentados era a baixa adesão dos usuários ao tratamento medicamentoso. Diante disso, planejou-se uma intervenção para melhorar a adesão ao tratamento

medicamentoso dos diabéticos acompanhados na UBS. Para tanto, as ações a serem desenvolvidas durante a intervenção serão as seguintes:

- Realização de reuniões com a equipe de saúde para apresentação do Projeto de Pesquisa e do questionário que seria utilizado para verificar como estava a adesão ao tratamento medicamentoso;

- Organização da capacitação dos profissionais da equipe, da logística do trabalho de campo para aplicação dos questionários, dos encontros mensais com os hipertensos e/ou diabéticos e da reprodução de materiais;

- Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso dos diabéticos através da aplicação do questionário pelos Agentes Comunitários de Saúde, realizada em dois momentos (início e final da intervenção);

- Preparação das planilhas para a coleta dos dados e dos recursos visuais para utilização nas capacitações como slides e cartazes;

- Cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos com avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso na planilha para a coleta de dados;

- Acompanhamento dos indicadores digitados nas planilhas;

- Mobilização dos usuários diabéticos e familiares para a participação na pesquisa;

- Formação de grupo para educação em saúde;

- Realização de atividades educativas voltadas para a melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso;

- Capacitação da equipe multidisciplinar da UBS sobre abordagem domiciliar dos diabéticos. Nestes encontros serão colocadas em prática ações para a melhoria de adesão ao tratamento medicamentoso que abrangeram também o debate sobre hábitos de vida saudáveis. Nesses encontros ocorrerá a apresentação de vídeos educativos sobre a temática e da proposta de uma tabela de medicamentos para facilitar a sua tomada, e a distribuição de exemplares de porta-remédio. Além disso, os encontros poderão oportunizar debates, considerações e esclarecimentos de dúvidas. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.

3.4 Avaliação e monitoramento

As ações propostas são:

- a. O monitoramento será realizado através do acompanhamento da digitação dos dados em planilha Excel disponibilizada pelo curso e adaptada para o estudo pelos membros da equipe multidisciplinar da Unidade Harmonia, Itatiba-SP treinados para esta atividade.
- b. A pesquisa prevê duas avaliações: uma no início da pesquisa e a outra no final, para verificação da evolução da adesão ao tratamento pelos pacientes diabéticos.

4. Resultados esperados.

Espera-se que o projeto possa trazer contribuições à prática de profissionais de saúde que se dedicam ao acompanhamento clínico dos portadores de diabetes e, com isto aumente a adesão ao tratamento medicamentos e também com comportamentos referentes ao autocuidado, uma vez que esta clientela é resistente à adoção de medidas que alterem o seu cotidiano. Pretende-se, ainda, fortalecer e ampliar o nível de conhecimento do grupo de diabéticos, enfatizando a continuidade desta intervenção como forma de contribuir para a ampliação de estratégias para a promoção do autocuidado em diabetes. Destaca-se a educação da pessoa com diabetes, como um aspecto fundamental do cuidado na obtenção do controle da enfermidade e, assim, prevenir ou retardar o desencadeamento de complicações agudas e crônicas, ajudando-os na promoção da qualidade de vida.

5. Cronograma

Etapas do estudo	Jan a Maio 2015	Jun 2015	Julho-Ago 2015	Set 2015	Out-Nov 2015	Dez 2015	Jan-Fev 2016
Elaboração do projeto	X						
Análise do comitê de ética		X					
Coleta de dados			X				
Discussão e Análise dos Resultados				X			
Revisão final e digitação					X		
Entrega do trabalho final						X	
Socialização do trabalho							X

6. Referências

1. Alvarenga KF; Duarte JL, Camargo SDP; Agostinho-Pesse RS, Negrato CA, Costa OA. Potencial cognitivo P300 em indivíduos com diabetes mellitus. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2005;71(2): 202-207.
2. Gomes MR, Rogero MM, Tirapegui J. Considerações cromo, insulina e exercício físico sobre. *Rev Bras Med Esporte.* 2005;11(5):262-266.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 371, de 04 de março de 2002. Instituí o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 mar. 2002.* p. 88.
4. Cubas MR, Santos OM, Retzlaffc EMA, Telma HLC, Andrade IPS; Moser ADL, Erzinger AR. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. *Fisioter mov.* 2013;26(3):647-655.
5. Mello VD, Laaksonen DE. Fibras na dieta: tendências atuais e benefícios a saúde na síndrome metabólica e no diabetes melitu tipo 2. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2009; 53(5):509-518.
6. Torres H C, Hortale V A, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(4):1039-1047.
7. Miculis CP, Mascarenhas LP Boguszewski MCS, Campos WA. Atividade física na criança com diabetes tipo 1. *J Pediatr.* 2010;86(4):271-278.
8. Vancea DMM, Vancea JN, Pires MIF, Reis MA, Moura RB, Dib SA. Efeito da frequência do exercício físico no controle glicêmico e composição corporal de diabéticos tipo 2. *Arq Bras Cardiol.* 2009 92(1):23-30.
9. Torres HC, Pereira FRL, Alexandre LR. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes tipo 2. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(5):1077-82.
10. Andrade SCS. Resíduos gerados em domicílios de indivíduos com diabetes mellitus usuários de insulina. *Rev Bai Saud Pub.* 2012;36(4):1083-1087.
11. Lerman I, Lopez-Ponce A, Villa AR, Escobedo M, Caballero EA, Velasco ML, Gomez-Perez FJ, Rull-Rodrigo JA. Estudo piloto para duas estratégias possíveis para reforçar comportamentos de autocuidado e adesão ao tratamento em pacientes com baixos recursos econômicos com diabetes tipo 2. *Gac Méd MEX.* 2009;145(1).
12. Berluci MC, Cé GV, Silva AMV, Punales MKC. Disfunção endotelial no diabetes melitu tipo. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2008;52(2):416-426.
13. Alvarenga KF, Duarte JL, Silva DPC, Agostinho-Pesse RS, Negrato CA, Costa OA. Fatores de risco para retinopatia diabética. *Arq. Bras. Oftalmol.* 2007; 66(2): 239-247.
- 14- Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986;24(1):67-74.

Anexo 1- : Teste de Morisky-Green

ANEXO. Versão em português do instrumento Brief Medication Questionnaire.

1) Quais medicações que você usou na ÚLTIMA SEMANA?

Entrevistador: Para cada medicação anote as respostas no quadro abaixo:

Se o entrevistado não souber responder ou se recusar a responder coloque NR

NA ÚLTIMA SEMANA

a) Nome da medicação e dosagem	b) Quantos dias você tomou esse remédio	c) Quantas vezes por dia você tomou esse remédio	d) Quantos comprimidos você tomou em cada vez	e) Quantas vezes você esqueceu de tomar algum comprimido	f) Como essa medicação funciona para você 1 = Funciona Bem 2 = Funciona Regular 3 = Não funciona bem

2) Alguma das suas medicações causa problemas para você? (0) Não (1) Sim

a) Se o entrevistado respondeu SIM, por favor, liste os nomes das medicações e quanto elas o incomodam

Quanto essa medicação incomodou você?

Medicação	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma você é incomodado por ela?

3) Agora, citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus medicamentos.

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Não muito difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar todo remédio				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

Escore de problemas encontrados pelo BMQ

DR – REGIME (questões 1a-1e)	1 = sim	0 = não
DR1. O R fêltou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?	1	0
DR2. O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?	1	0
DR3. O R relatou alguma falha de dias ou de doses?	1	0
DR4. O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?	1	0
DR5. O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?	1	0
DR6. O R respondeu que “não sabia” a alguma das perguntas?	1	0
DR7. O R se recusou a responder a alguma das questões?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA POTENCIAL NÃO ADESAO soma:		<i>Tregime</i>
CRENÇAS		
DC1. O R relatou “não funciona bem” ou “não sei” na resposta 1g?	1	0
DC2. O R nomeou as medicações que o incomodam?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA RASTREAMENTO POSITIVO PARA BARREIRAS DE CRENÇAS soma:		<i>Tcrencas</i>
RECORDAÇÃO		
DRE1. O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia)?	1	0
DRE2. O R relata “muita dificuldade” ou “alguma dificuldade” em responder a 3c?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA ESCORE POSITIVO PARA BARREIRAS DE RECORDAÇÃO soma:		<i>Trecord</i>

R = respondente NR = não respondente