

# Curso de Especialização em Saúde da Família

Como aumentar a adesão e a compreensão dos pacientes diabéticos insulín dependentes sobre seu tratamento?

Roger Sales Lima  
Coordenador: Érika Miti Yasui

São José do Rio preto - SP, 16/02/2015

## Índice

Introdução .....	3
Objetivos .....	4
Objetivos gerais .....	4
Objetivos específicos .....	4
Metodologia .....	4
Resultados esperados .....	7
Cronograma.....	9
Referencias.....	10

## Introdução

Aderência ao tratamento é o principal fator que vai definir o sucesso da terapia medicamentosa ou o seu fracasso. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a definição de aderência é descrito como o grau de aceitação e seguimento das prescrições medicas, não somente a medicamentosa mais incluindo as alterações no estilo de vida e dieta. Segundo a OMS apenas 50% dos pacientes que sofrem de doenças crônicas seguem corretamente as recomendações medicas [1], trazendo uma grande morbimortalidade para o paciente, seu entorno e gerando grande carga econômica do sistema de saúde.

Uma das doenças mais temidas por todos os profissionais da saúde atualmente é a Diabetes. Hoje em dia graças a estudo e pesquisas sabemos a etiologia, a fisiopatologia, até mesmo como evitar a doença mas mesmo assim o número de pacientes que sofrem desse mal cresce a cada dia [2]. Independente de como esses pacientes adquiriram a doença o médico tem que se preocupar também com o tratamento e suas complicações, são pacientes que realizam poucos controles e chegam em níveis bem alterados de glicemia em jejum e hemoglobina glicosilada.

É comum no dia a dia do médico deparar-se com situações em que não sabe a melhor forma de lidar com um respectivo problema. Um desses problemas é quando um paciente não adere ao seu tratamento. Todos os profissionais da saúde sabem qual a importância do tratamento médico em distintas patologias, sabe que sem ele muitas vezes o corpo humano não pode resistir por muito tempo e logo sucumbe aos danos agudos ou crônicos da enfermidade.

Porém o paciente não sabe e apesar de campanhas e avisos muitas vezes o mesmo não entende por que precisa tomar a medicação ou insulina se não “sente nada”. Isso faz da diabetes junto com a hipertensão um problema tão grave, são doenças silenciosas, que produzem grave morbimortalidade sem produzir sintomas graves ao princípio.

Quando possível o tratamento com hipoglicemiantes orais é sempre bem-vindo [7] um tratamento por via oral que permite controles menos rigorosos e maior autonomia do paciente é quase sempre a melhor opção a princípio. Mas cada vez que a doença progride existe a necessidade de ajustar a medicação surgem as dúvidas e medo sobre a insulino-terapia.

A insulino-terapia é o ápice do tratamento do paciente diabético tipo II (DMII), é comum o paciente implorar para não ter que usar a insulina com medo das picadas diárias. Os médicos sabem que na verdade o tratamento com insulina é uma das melhores opções com menos riscos e efeitos colaterais, as injeções subcutâneas são praticamente indolores e se pode obter o melhor controle glicêmico a traves desse tratamento[8]. Entretanto o os benefícios ao paciente são ofuscados seja pela rapidez na consulta, pela falta de explicação ou pelo medo subjetivo que levam ao atraso na implantação desse método.

Os pacientes menos aderentes são os que necessitam de insulino-terapia. Existem pacientes parcialmente aderentes ao tratamento, são aqueles que só se inoculam

insulina quando a glicemia esta alta e não realizam dieta corretamente, outros são totalmente não aderentes, rejeitam completamente o tratamento. São pacientes problemáticos que são atendidos todos os dias na UBSF Nova Esperança. Nova esperança é um bairro simples recém construído pelo programa minha casa minha vida, na cidade de S.J. Rio Preto, uma comunidade predominantemente adulta classe média-baixa, conta com uma UBSF com 3 equipes de saúde e 2 equipes de saúde bucal. Em nossa equipe temos 80 pacientes diabéticos cadastrados pode parecer pouco mas são apenas os paciente que temos conhecimento, a cada dia aparece mais diabéticos e apesar do esforço da equipe de saúde em tentar controlar a doença desses pacientes se percebe que não é o bastante e falta algo para que esses pacientes otimizem o tratamento.

O intuito desse trabalho é investigar formas em que se pode aumentar a compreensão e a adesão do paciente diabético principalmente o insulino-dependente ao seu tratamento de uma forma simples, levando em consideração o nível educacional do paciente, a idade, o meio social, o estigma social e os desejos do paciente. Muitos fatores podem estar relacionados a não adesão ao tratamento, vamos explorar o grau de entendimento do paciente sobre sua doença, também vamos falar sobre métodos clínicos de simples intervenção que ajudam ao paciente a superar seus temores e aumentam seu sentimento de auto preservação.

Como se pode transformar aquele paciente que vem sempre na unidade de saúde com glicemia capilar de 400 em um paciente bem controlado? Sabemos que não basta apenas informar o paciente sobre sua doença e disponibilizar o tratamento, temos que saber mais sobre o paciente nos aprofundar em sua vida e relações com intuito de descobrir fatores que atrapalham seu tratamento e corrigi-los.

## Objetivos

### Objetivos gerais

Nosso objetivo a longo prazo é diminuir a quantidade de pacientes diabéticos descompensados que consultam diariamente na unidade de saúde, melhorar o controle glicêmico e controlar o número de episódios de exacerbação da doença em pacientes pouco aderentes ao tratamento. Também queremos compartilhar nossos achados com outras equipes de saúde da família e disseminar técnicas de aprendizado. Esperamos que nossos pacientes consigam ter uma melhor qualidade de vida.

### Objetivos especificos

Especificamente nossa intervenção se baseia em adotar certas medidas clinicas de controle em pacientes diabéticos insulino-dependentes mal controlados corroborado por exames laboratoriais, durante o período de 1 ano, reforçando em cada consulta medidas de aderência ao tratamento medicamentoso e a mudança de hábitos de vida.

## Metodologia

Nosso trabalho tem como alvo os pacientes diabéticos que fazem uso regular de insulina com ou sem outras medicações hipoglicemiantes orais, que por distintos motivos estão com péssimo controle. Tal controle é evidenciado e documentado através da solicitação de provas de laboratório que correspondem a hemoglobina glicosilada e a glicemia em jejum, e através de controles glicêmicos diários realizados pelo próprio paciente de preferência 2 a 3 vezes ao dia.

O estudo se inicia com a seleção de pacientes para um grupo de intervenção todos pertencente a unidade de saúde de Nova Esperança no município de São José do Rio Preto, poderão ser selecionados pacientes que se enquadrem nas seguintes características:

- Pacientes diabéticos que já fazem uso de insulina a mais de 6 meses sem melhora clínica e laboratorial da enfermidade.
- Pacientes com hemoglobina glicosilada > 10% e/ou glicemia em jejum > 300 mg%.
- Pacientes pouco aderentes ao tratamento identificados através de questionários (Morisky 8-item score for medication adherence<sup>3</sup>) ou que se identifica pouca adesão através de visitas domiciliares pelos ACS.
- Pacientes com > de 2 quadros agudos de hiperglicemia por mês que requerem tratamento na unidade de saúde.

A escala adotada para a identificação de pacientes pouco aderentes consiste em uma serie de 8 perguntas que são uma adaptação da escala original de Morisky com 4 perguntas<sup>4</sup>. Diferente do questionário com 4 perguntas, as 8 perguntas de Morisky mostram uma maior sensibilidade e especificidade, 93% e 53% respectivamente<sup>3</sup>.

- 1) Você às vezes esquece de tomar os seus remédios para pressão?
- 2) Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta?
- 3) Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?
- 4) Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos?
- 5) Você tomou seus medicamentos para pressão alta ontem?
- 6) Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus medicamentos?
- 7) Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta?
- 8) Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão?
  - a. Nunca
  - b. Quase Nunca
  - c. Às Vezes
  - d. Frequentemente
  - e. Sempre

Interpretação da escala:

Baixa adesão	Adesão intermedia	Alta adesão
< 6 pontos	6-8 pontos	8 pontos

Todas as perguntas devem ser respondidas com um “não” exceto a pergunta Nº 5 que deve ser respondida com “sim” e a Nº 8 que apresenta 5 opções de escolha e deve ser respondida com um nunca ou quase nunca. A escala original se encontra em inglês e foi obtida a forma traduzida de outros trabalhos que citam uma tradução da escala para o português<sup>5</sup>. Outras escalas mais abrangentes foram consideradas mais descartadas devido ao tempo necessário para pontuação e correta interpretação<sup>6</sup>.

Se selecionara para o grupo de intervenção até 25 pacientes que se enquadrem nas características previamente mencionadas, indiferente de sexo ou idade. Os pacientes deveram preencher um formulário que auxilia na identificação de paciente pouco aderentes ao tratamento tanto medicamentoso quanto higiênico dietético isso ajudara a descartar pacientes que podem apresentar outras alterações clinicas que dificultam o tratamento medicamentoso.

Depois de selecionados os pacientes seguiram um cronograma previamente estabelecido onde se solicitará exames laboratoriais independente de exames solicitados previamente, os mesmos consistiram nos exames preconizados pelo Ministério de Saúde para controle de rotina em pacientes diabéticos se os mesmos apresentarem hipertensão também serão solicitados os exames preconizados para esses pacientes. Uma vez realizados os exames os pacientes serão classificados de acordo com seu nível de hemoglobina glicosilada e seu nível de adesão.

A primeira consulta será em grupo os pacientes receberão informações gerais sobre a diabete e suas complicações com reforço visual e auditivo utilizando imagens e vídeos, será solicitado que os mesmos iniciem a realização de um controle glicêmico diário com 3 medições (em jejum, pós-almoço e prévio a janta) podendo em alguns casos ser solicitado 4 medições diárias. Nesse primeiro grupo se solicitará a participação de uma nutricionista para a explicação da base de uma alimentação saudável e se distribuirá uma folha impressa com recomendações de uma alimentação saudável.

A consulta posterior ocorrerá programaticamente com duração de 30 minutos para cada paciente onde se realizará medicação da glicemia e da pressão arterial, também se avaliará a presença de outras morbidades como síndrome metabólico, obesidade e neuropatia periférica, previamente a consulta. Durante a consulta se analisará o controle glicêmico que deverá ter a duração aproximada de 7 dias e se realizará a alteração na dose de insulina NPH e outras hipoglicemiantes orais se o mesmo realiza uso destes.

A partir de então os pacientes seguiram um protocolo de atendimento semanal, em cada consulta o médico deverá realizar um elogio aos objetivos já alcançados e reforço das medidas higiênico dietéticas, que incluem alteração nos hábitos alimentares, adesão ao tratamento e atividade física, em cada consulta será

realizado alteração na dose de insulina com base nos controles glicêmicos. Semanalmente também deverá ocorrer a visita de uma ACS a casa do paciente para averiguação da correta quantidade e ingestão de medicamento do paciente, avaliação da dieta e realização de atividade física. Uma vez ao mês ocorrerá a reunião de todos os membros do grupo de intervenção através, similar a um grupo de hiperdia, para troca de experiências e reforço das medidas higiênico dietéticas.

A avaliação e monitoramento dos pacientes ocorrerá da seguinte maneira, além dos controles semanais onde serão analisados controles glicêmicos diários dos pacientes a cada 3 meses será solicitado hemoglobina glicosilada e hemoglobina em jejum, também será reaplicado a escala de avaliação quanto a aderência.

A partir do momento em que os pacientes do grupo de intervenção mantiverem controles glicêmicos dentro dos valores recomendados (jejum <100mg% e pós prandial <140mg%) ou se estabilizarem em valores perto de estes começaremos a postergar as datas das consultas programadas para consultas quinzenais e posteriormente mensais, uma vez que o intuito do grupo de intervenção é manter uma maior proximidade com o paciente ao início do tratamento oferecendo suporte e apoio e lentamente distanciando o vínculo da unidade com o intuito de dar mais liberdade ao paciente, mas sempre mantendo um elo com o mesmo.

Durante o processo de instrução do paciente podemos presenciar inúmeras dificuldades particulares de cada paciente que devem ser sanadas para que o paciente possa progredir no seu tratamento algumas dessas dificuldades que são vistas no dia a dia da unidade de saúde e que poderão ser encontradas nesses pacientes são:

- Dificuldade em auto administrar insulina.
- Dificuldades com o auto monitoramento.
- Problemas quanto ao horário de administração de insulina.
- Dificuldades com a aquisição de alimentos.
- Dificuldade de conciliar trabalho e tratamento médico.

Eventualmente cada um desses problemas deverá ser tratado e superado particularmente com cada paciente, podendo assim ser necessário alterar os fluxos originais pré-estabelecidos pelo cronograma. Também poderá ser requisitado o auxílio de equipes multidisciplinares para ofertar auxílio a esses pacientes.

## Resultados esperados

Ao final do projeto de intervenção esperamos que os níveis de hemoglobina glicosilada tenham diminuído ou estejam em queda para valores próximos da meta de pacientes diabéticos. Esperamos também que os controles glicêmicos mostrem valores também próximos das metas dos pacientes diabéticos. Esses exames vão ser os indicadores de que estes pacientes estão melhorando sua aderência ao tratamento. Também esperamos que estes pacientes se saiam muito melhores

quando reavaliados utilizando a escala de Morisky 8 para avaliação da aderência medicamentosa e não medicamentosa.

No geral esperamos melhorar a qualidade de vida de nossos pacientes, prevenir complicações futuras e diminuir os quadros agudos de hiperglicemia, mantendo o mínimo possível de consultas recorrentes que seria uma consulta semestral para renovação de medicação.





## Referencias

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organisation, 2003.  
[http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf).
2. National Diabetes Statistics Report: Estimates of Diabetes and Its Burden in the United States, 2014; US Centers for Disease Control and Prevention; published online 10 June 2014; <http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/statsreport14/national-diabetes-report-web.pdf>; Acessado em 20/02/2015.
3. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens*. 2008; 10(5):348-354.
4. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24:67-74.
5. Oliveira-Filho, A. D., Barreto-Filho, J. A., Neves, S. J. F., & Lyra Junior, D. P. D. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o Controle da Pressão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2012; 99(1), 487-497.
6. Lavsa, S. M., Holzworth, A., & Ansani, N. T. (2010). Selection of a validated scale for measuring medication adherence. *Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA*, 51(1), 90-94.
7. Donnan, P. T., MacDonald, T. M., & Morris, A. D. Adherence to prescribed oral hypoglycaemic medication in a population of patients with Type 2 diabetes: a retrospective cohort study. *Diabetic Medicine*, 2002; 19(4), 279-284.
8. Weng, J., Li, Y., Xu, W., Shi, L., Zhang, Q., Zhu, D., ... & Cheng, H. (2008). Effect of intensive insulin therapy on  $\beta$ -cell function and glycaemic control in patients with newly diagnosed type 2 diabetes: a multicentre randomised parallel-group trial. *The Lancet*, 371(9626), 1753-1760.