



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**DIFICULDADE DE ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO NO
CONTROLE DO DIABETES MELLITUS TIPO 2**

LARISSA CRESTANI

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do Título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Rossana Flavia Rodrigues Silvério

**São Paulo
2016**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
2. OBJETIVOS	5
2.1 Geral	5
2.2 Específico(s)	5
3. REFERENCIAL TEÓRICO	6
4. METODOLOGIA.....	8
4.1 Local	8
4.2 Participantes (público-alvo).....	8
4.3 Ações.....	8
4.4 Avaliação e monitoramento.....	8
5. RESULTADOS ESPERADOS.....	9
6. CRONOGRAMA.....	10
7. REFERÊNCIAS.....	11
ANEXOS	
.....	Er

ro! Indicador não definido.

1. INTRODUÇÃO

Desde a década de 1960 o Brasil apresenta uma transição demográfica e epidemiológica caracterizada pelo envelhecimento populacional, diminuição das doenças infecciosas e aumento das doenças crônico degenerativas (ESPÍRITO SANTO, 2012). O Diabetes Mellitus tipo 2 é uma das doenças crônico degenerativas mais prevalentes na população mundial e é uma importante causa de morbidade, invalidez e mortalidade (BERTHA, 2006). Ocorre devido a uma disfunção metabólica grave, de evolução lenta e progressiva, onde há dificuldade ou inexistência da produção de insulina e/ou incapacidade deste em exercer adequadamente seus efeitos, resultando em aumento dos níveis glicêmicos (ALVES; CALIXTO, 2012; ASSUNÇÃO; URSINE, 2008).

No ano de 1985 havia aproximadamente 30 milhões de adultos com Diabetes Mellitus no mundo; em 1995 aproximadamente 135 milhões e em 2002, 173 milhões de pessoas, com previsão de 300 milhões em 2030 (LERÁRIO et al., 2007).

Este aumento significativo e progressivo corre principalmente devido ao crescimento e envelhecimento populacional, as alterações do estilo de vida, bem como da maior sobrevivência desses pacientes (LERÁRIO et al., 2007; SARTORELLI; FRANCO; CARDOSO, 2006). As alterações do estilo de vida incluem sedentarismo, excesso ponderal e abuso de dietas processadas industrialmente e ricas em carboidratos e gorduras (BERTHA, 2006; CRUZ, 2005).

Sem o controle adequado dos níveis glicêmicos, os pacientes estão predispostos a várias complicações micro e macrovasculares, comprometendo significativamente a qualidade de vida do mesmo. Pode-se citar como complicações a retinopatia diabética, alterações cardiovasculares, alterações circulatórias e neurológicas (ESPÍRITO SANTO, 2012).

As complicações devido ao Diabetes Mellitus têm elevado custo econômico, além do custo intangível, como ansiedade, dor e perda da qualidade de vida (LERÁRIO et al., 2007). Os níveis glicêmicos são controlados pelo tratamento não farmacológico, através da modificação do estilo de vida, como alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, cessação do tabagismo e do consumo de álcool, associado ou não ao tratamento farmacológico. O tratamento não farmacológico é a base para o adequado controle glicêmico e prevenção de possíveis complicações futuras (BRASIL, 2014).

O Diabetes Mellitus é uma doença crônica que requer adesão prolongada ao autocuidado (VILLAS BOAS et al., 2011).

Há fatores que podem contribuir para a baixa adesão ao tratamento. A Organização Mundial de Saúde cita os principais fatores que podem influenciar na adesão ao autocuidado: condições socioeconômicas e culturais; características pessoais; aspectos relacionados ao tratamento, à doença, ao sistema de saúde e à equipe profissional (OMS, 2003).

Um estudo realizado por Assunção, Santos e Costa (2002), verificou-se que 76% dos pacientes entrevistados receberam orientações sobre alimentação adequada e apenas metade dos pacientes as seguiram. E dos 75% que receberam orientações sobre atividade física, somente um terço praticou algum tipo de atividade.

Outro estudo realizado por Assunção, Santos e Gigante (2001), verificou-se que 53% dos pacientes entrevistados referiram ter feito alimentação adequada, 10% não estavam realizando nenhum tipo de tratamento e 26,4% relataram que somente realizavam tratamento medicamentoso para controle da doença.

O Diabetes Mellitus é um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil. Muitos fatores podem contribuir para a falta de adesão ao tratamento não farmacológico, como fatores ambientais, socioeconômicos e culturais. Nos quais prejudicam o controle dos níveis glicêmicos, propiciando, assim, o aumento da chance de futuras complicações (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008).

Por tais razões, informar e conscientizar a população sobre os benefícios do tratamento não farmacológico, para melhor controle da doença e suas complicações futuras, pode aumentar a adesão ao tratamento, gerando impacto positivo no mesmo ao controlar os níveis glicêmicos.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Incentivar a adesão do tratamento não farmacológico para Diabetes Mellitus através da conscientização dos benefícios que a prática de atividade física e alimentação adequada trazem para controle dos níveis glicêmicos.

2.2 Específico(s)

- 1) Informar sobre o diabetes.
- 2) Informar sobre os riscos de complicações devido ao controle inadequado da doença.
- 3) Conscientizar que o tratamento não farmacológico é a base para controle dos níveis glicêmicos.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O diabetes mellitus é o resultado de uma secreção inapropriada de insulina pelas células beta pancreáticas, de efeitos na ação da insulina nos tecidos periféricos ou a associação desses dois distúrbios. O resultado dessas ações gera hiperglicemia crônica acompanhada de alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas (LOPES, 2009).

O Diabetes Mellitus tipo 2 é a forma mais prevalente de diabetes, correspondendo de 90 a 95% dos casos (LOPES, 2009).

A fisiopatologia dessa doença é multifatorial e inclui deficiência de secreção de insulina, a resistência periférica à insulina e a supressão da produção adequada de glucagon. Esses geram captação inadequada, armazenamento e eliminação da glicose de origem exógena, acompanhada do aumento da produção hepática de glicose e hiperglicemia (CARRERA-BOADA; MARTÍNEZ-MORENO, 2013).

A resistência insulínica é o principal fator fisiopatológico do Diabetes tipo 2 e pode estar presente muitos anos antes do seu diagnóstico. Fatores ambientais, como obesidade e sedentarismo, aumentam o risco de desenvolver Diabetes Mellitus ao longo dos anos. A obesidade está relacionada ao desenvolvimento da doença através de vários fatores. Ela atua tanto no processo de resistência insulínica como do déficit de secreção da mesma. 80% dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 são obesos ou apresentam história de obesidade por ocasião do diagnóstico (LOPES, 2009; CARRERA-BOADA; MARTÍNEZ-MORENO, 2013).

Os sintomas clássicos de diabetes são perda involuntária de peso, poliúria, polifagia e polidipsia. Outros sintomas incluem fraqueza, fadiga, prurido cutâneo e vulvar, visão borrada e infecções de repetição. Pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 podem permanecer sem diagnóstico durante muitos anos, devido ao surgimento gradual e assintomático da hiperglicemia. Muitos têm o diagnóstico somente após o aparecimento de complicações crônicas, como microangiopatia, macroangiopatia ou neuropatia (BRASIL, 2014; LOPES, 2009).

O diagnóstico pode ser feito através de três formas: Através dos sintomas clássicos, associados a uma glicemia casual igual ou superior a 200mg/dl. A glicemia casual é realizada a qualquer hora do dia, sem observar o horário da última refeição. Glicemia de jejum igual ou superior a 126mg/dl. Define-se glicemia de jejum como ausência de ingestão calórica por no mínimo 8 horas. Glicemia igual ou superior a 200mg/dl, 2 horas após realizar teste de tolerância à glicose (LERÁRIO et al. 2007; BRASIL, 2014; LOPES, 2009; DUNCAN, 2013).

O tratamento do diabetes requer uma abordagem multifatorial e autocuidado, desde mudança no estilo de vida, como prática de atividade física e alimentação adequada e, se necessário, até introdução do tratamento farmacológico (ESPÍRITO SANTO, 2012; LERÁRIO et al., 2007; CRUZ, 2005; BRASIL, 2014; LOPES, 2009).

O controle glicêmico é monitorado por glicemias de jejum, pré-prandial e pós-prandial e pela hemoglobina glicosilada. A hemoglobina glicosilada é utilizada para avaliar o controle glicêmico a médio e longo prazo, refletindo os últimos 2 a 3 meses. Deve ser realizada no início do tratamento e a cada 3 meses. A meta no tratamento para o controle do diabetes é alcançar hemoglobina glicosilada <7%, que corresponde a glicemia de jejum entre 70 e 130 mg/dL e pós-prandial abaixo de 180 mg/dL (LOPES, 2009).

Muitos fatores interferem na falta de adesão ao tratamento não farmacológico para o diabetes, como a falta de orientação sobre a doença pelos profissionais de saúde;

falta de percepção da doença pelos pacientes, essa ocorre principalmente pela doença ser assintomática; desconhecimento sobre as complicações; baixa escolaridade, essa pode dificultar o entendimento acerca da doença; fatores socioeconômicos, uma vez que baixa renda dificulta na aquisição de alimentos mais saudáveis (ESPÍRITO SANTO, 2012).

Por outro lado, há fatores que aumentam a adesão ao tratamento não farmacológico, como o conhecimento sobre as complicações do diabetes, motivação com o tratamento e fazer parte de algum grupo de diabéticos (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008).

“O diabetes mellitus é provavelmente a doença na qual a educação e a informação mais interferem nos parâmetros de controle e, por conseguinte, no prognóstico e qualidade de vida” (LOPES, 2009, p. 3554).

4. METODOLOGIA

4.1 Local

O projeto será desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Santa Clara, no município de Novo Horizonte, São Paulo.

4.2 Participantes (público-alvo)

Este trabalho terá como público-alvo a população portadora de Diabetes Mellitus tipo 2, usuária da unidade de saúde. Os participantes do projeto serão os familiares dos pacientes e os profissionais de saúde da unidade.

4.3 Ações

Os pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 que participarão do controle mensal da doença através do Hiperdia no período de junho a novembro de 2016 e seus familiares, serão convidados para palestras sobre a importância da modificação do estilo de vida e educação em saúde para o controle do Diabetes Mellitus. As palestras serão realizadas quinzenalmente, com duração de 1 hora cada. Serão ministradas por profissionais de saúde atuantes na unidade, treinados previamente durante o mês de maio para realizarem as mesmas.

Nos encontros serão abordadas as seguintes ações:

1. Orientar sobre o Diabetes Mellitus
2. Orientar sobre as complicações da doença
3. Orientar sobre a importância do tratamento não farmacológico no controle dos níveis glicêmicos
4. Orientar sobre alimentação adequada para o controle do diabetes
5. Orientar sobre a importância da prática de atividade física
6. Orientar sobre o uso correto dos medicamentos, funções e efeitos colaterais
7. Orientar sobre o papel da família no acompanhamento do paciente
8. Tirar dúvidas dos pacientes e familiares
9. Formar grupos para realizar atividade física

4.4 Avaliação e monitoramento

No início do projeto será realizado em cada paciente participante o exame de hemoglobina glicosilada para avaliar o nível de controle do diabetes antes do projeto de intervenção ser aplicado. Será realizado outros dois exames de controle, 3 e 6 meses após a realização do primeiro, para análise dos resultados e avaliar efetividade do projeto.

5. RESULTADOS ESPERADOS

O projeto visará aumentar a adesão ao tratamento não farmacológico e manter o autocuidado a longo prazo, prevenindo complicações futuras e melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Visará informar e incentivar os pacientes e seus familiares a aderirem a modificação do estilo de vida, através de palestras para orientação sobre o diabetes e grupos para realização de atividade física.

Espera-se que os pacientes que forem acompanhados durante o período do projeto, e tenham aderido a metodologia proposta, apresentem valores de hemoglobina glicosilada inferiores aos valores iniciais ao projeto de intervenção. Particularmente, espera-se alcançar níveis de hemoglobina glicosilada inferiores a 7% no final do projeto, significando que o controle do diabetes está adequado.

7. REFERÊNCIAS

- ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J Health Sci Inst.**, v.30, n.3, p. 255-60, 2012.
- ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 205-211, jan.-fev., 2002.
- ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; GIGANTE, D. P. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.1, p.88-95, 2001.
- ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família - Ventosa, **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v.13, (Sup. 2), p. 2189-2197, 2008.
- BERTHA, L. D. M. Consideraciones acerca de la diabetes mellitus tipo 2. **Rev: Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v.XXIV, n.1, mar., 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- CARRERA-BOADA, C. A.; MARTÍNEZ-MORENO, J. M. Pathophysiology of diabetes mellitus type 2: beyond the duo "insulin resistance-secretion deficit". **Nutr Hosp**, v.28, Supl. 2, p. 78-87, 2013.
- CRUZ, S. C. Tratamento não farmacológico da Diabetes tipo 2. **Rev. Port. Clínica Geral**, n.21, p. 587-95, 2005.
- DUNCAN, B. B. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- ESPÍRITO SANTO, M. B. et al. Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. **Rev. Enfermagem Revista**, v.15, n.1, p. 88-101, jan./abr., 2012.

LERÁRIO, A. C. et al. (Org.). Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus. **Diretrizes SBD**. 2007. Disponível em:
http://www.cff.org.br/userfiles/file/noticias/Diretrizes_SBD_2007%5B1%5D.pdf.
Acesso em: 15 jan. 2016.

LOPES, A. C. **Tratado de clínica médica**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: OMS, 2003.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J.; CARDOSO, M. A. Intervenção nutricional e prevenção primária do diabetes mellitus tipo 2: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p. 7-18, jan., 2006.

VILLAS BOAS, L. C. G. et al. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.20, n.2, p. 272-279, abr./jun., 2011.