

**MELHORIAS NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES
PORTADORES DE DIABETES MELLITUS ASSISTIDOS PELA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE JOAZ SOUZA NO MUNICÍPIO DE PARNAÍBA – PI**

*IMPROVEMENTS IN ADHERENCE TO THE TREATMENT OF PATIENTS
WITH DIABETES MELLITUS ASSISTED BY THE BASIC HEALTH UNIT JOAZ
SOUZA IN THE MUNICIPALITY OF PARNAÍBA – PI*

Lucas Prado Pires¹
Ione Maria Ribeiro Soares Lopes²

*¹Autor-correspondente: Médico. Pós-graduando em Saúde da Família pela UFPI. Trabalha como médica em uma Unidade Básica de Saúde Joaz Souza no município de Parnaíba- Piauí.
E-mail:*

²Orientadora: Doutorado em Medicina (Ginecologia) pela Universidade Federal de São Paulo. Departamento Materno-Infantil, UFPI.

*Endereço para contato: Rua Desembargador Pires de Castro, 260-centro
Contato: (86) 3221-6319. E-mail: ione.gin@hotmail.com*

RESUMO

Introdução: O Diabetes Mellitus (DM) é considerado um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo. É uma doença crônica, de evolução lenta e progressiva, que afeta milhares de indivíduos mundialmente. **Objetivos:** Desenvolver uma intervenção, por meio da promoção da saúde, para melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes com diabetes mellitus assistidos pela UBS Joaz Souza no Município de Parnaíba – PI. **Métodos:** Trata-se de um projeto de intervenção que para o embasar teoricamente este projeto, buscou-se apoio na pesquisa científica, sobre o tema proposto para a elaboração de um plano operativo, onde há o planejamento das ações propostas. Inicialmente o médico realizará uma capacitação com a equipe multiprofissional, no intuito de esclarecer a respeito do tratamento farmacológico e não farmacológico do DM, usando como material didático o Manual do Ministério da Saúde e repassadas as funções de cada profissional nesta intervenção. Para melhorar a adesão dos pacientes com DM, serão realizadas ações educativas com palestras, rodas de conversa e orientações durante as consultas médicas e de enfermagem, sobre a importância da adesão ao tratamento, os males do etilismo, do tabagismo e o da prática regular de atividade física. **Conclusão:** pretende-se com este projeto de intervenção, uma equipe de saúde mais capacitada para lidar com pacientes diabéticos e que as ações de educação em saúde para a comunidade, a conscientize sobre os cuidados com a doença, diminuindo as complicações e melhorando a adesão ao tratamento.

Palavra-Chave: Diabetes Mellitus. Adesão ao Tratamento. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Mellitus (DM) is considered a serious public health problem in Brazil and worldwide. It is a chronic disease, of slow and progressive evolution, which

affects thousands of individuals worldwide. **Objectives:** To develop an intervention, through health promotion, to improve adherence to the treatment of patients with diabetes mellitus assisted by UBS Joaz Souza in the Municipality of Parnaíba - PI. **Methods:** It is an intervention project that, in order to theoretically base this project, support was sought in scientific research, on the proposed theme for the elaboration of an operational plan, where there is the planning of the proposed actions. Initially, the doctor will carry out training with the multiprofessional team, in order to clarify about the pharmacological and non-pharmacological treatment of DM, using the Ministry of Health Manual as teaching material and passing on the functions of each professional in this intervention. To improve the adherence of patients with DM, educational actions will be held with lectures, conversation circles and guidance during medical and nursing consultations, about the importance of adhering to treatment, the evils of alcoholism, smoking and the practice of regular physical activity. **Conclusion:** this intervention project intends to have a health team more qualified to deal with diabetic patients and that health education actions for the community, make them aware of the care with the disease, reducing complications and improving compliance to treatment. **Keywords:** Diabetes Mellitus. Adherence to Treatment. Health promotion.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, Parnaíba-PI vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos. Estas modificações, por seu turno, têm imprimido importantes mudanças também no perfil epidemiológico da população, com alterações relevantes nos indicadores de morbimortalidade, e constituem, juntamente com outros temas selecionados sobre saúde e demografia, os objetos de estudo do presente projeto de intervenção.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) da cidade de Parnaíba foi 0,687, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,816, seguida de Renda, com índice de 0,658, e de Educação, com índice de 0,604 (IBGE, 2020).

De 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,414, em 1991, para 0,687, em 2010, enquanto o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,362 para 0,646. Isso implica em uma taxa de crescimento de 65,94% para o município e 78% para a UF; e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 53,41% para o município e 53,85% para a UF. A dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,375), seguida por Longevidade e por Renda. Na UF, por sua vez, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos

foi Educação (com crescimento de 0,358), seguida por Longevidade e por Renda (IBGE, 2020).

A população de Parnaíba entre o período de 2000 e 2010, cresceu a uma taxa média anual de 0,97%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 94,49% para 94,36%. Em 2010 viviam, no município, 145.705 pessoas. Entre 2000 e 2010, a razão de dependência no município passou de 62,35% para 48,88% e a taxa de envelhecimento, de 6,37% para 7,60. Com a taxa observada em 2010, o Brasil cumpre uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no país deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015 (IBGE, 2020).

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 6,5 anos na última década, passando de 67,5 anos, em 2000, para 74,0 anos, em 2010. Em 1991, era de 60,9 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991 (IBGE, 2020).

Quando relacionados e contextualizados, esse conjunto de indicadores tem permitido uma compreensão das diferenças regionais, urbano-rurais, intra-urbanas, econômicas, sociais e culturais que expressam diferenças nos modos de se ter saúde, adoecer e receber o cuidado. Indicam, sobretudo, o peso de alguns determinantes na manutenção e aprofundamento das iniquidades em saúde, bem como os imensos desafios postos ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à sociedade como um todo (SIAB, 2019).

A UBS foco da intervenção chama-se Joaz Souza, em que a equipe multiprofissional é composta por um médico, uma enfermeira, uma dentista, dois técnicos de enfermagem, dez agentes comunitários de saúde (ACS), uma zeladora, uma atendente e um marcador de exames. A estrutura física é constituída por um consultório médico, um consultório odontológico, um consultório da enfermagem, uma sala de vacina, uma sala de triagem, uma sala de curativo, uma farmácia, uma sala para marcação de consultas e cinco banheiros.

O Diabetes Mellitus (DM) é considerado um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo. É uma doença crônica, de evolução lenta e progressiva, que afeta milhares de indivíduos mundialmente, constitui um sério problema de saúde pública pelos altos índices de morbimortalidade e custos envolvidos no controle e tratamento de suas complicações. As prospecções apontam que cerca de 8% da população brasileira

tem o diagnóstico de diabetes, sendo que destas, poucas tem acesso ao tratamento ideal para o controle do DM, o que implica em baixas possibilidades de controle das complicações dessa doença, especialmente as crônicas (BARROS et al., 2015).

Por se tratar de uma doença de alta relevância, prevalência, complexidade e impacto nessa comunidade, é que surge a necessidade da elaboração de um plano de intervenção para amenizar os problemas gerados pelo mau controle/ tratamento do diabetes, visando melhorar os níveis glicêmicos e prevenindo as complicações.

No controle do diabetes mellitus (DM), a falta de adesão ao tratamento é um desafio frequentemente enfrentado na prática clínica pelos profissionais das instituições de saúde. Assim, impõe-se buscar estratégias de intervenções que visem minimizar essa situação na atenção em diabetes (BORGES; LACERDA, 2018).

São muitos os desafios frequentemente enfrentados na prática clínica pelos profissionais das instituições de saúde pela falta de adesão dos portadores de Diabetes ao tratamento não medicamentoso. Dessa forma, pretendemos melhorar a adesão dos medicamentos de diabetes aos pacientes portadores de diabetes mellitus assistidos pela UBS Joaz Souza, no município de Parnaíba – PI. Iremos identificar os pacientes diabéticos com baixa adesão ao tratamento e realizar uma pesquisa com o intuito de compreender o motivo de alguns pacientes não aderirem aos medicamentos.

Dessa forma, esta pesquisa tem como objetivo geral desenvolver uma intervenção, por meio da promoção da saúde, para melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes com diabetes mellitus assistidos pela UBS Joaz Souza no Município de Parnaíba – PI. Tem como objetivos específicos capacitar a equipe em relação ao tratamento farmacológico e não farmacológico do DM, elaborar estratégias, juntamente com a equipe de saúde, no intuito de melhorar a adesão ao tratamento dos usuários diabéticos dessa UBS, otimizar a assistência aos pacientes diabéticos em relação a avaliação das complicações causadas pelo diabetes mellitus e realizar ações educativas a respeito da importância a adesão ao tratamento.

METODOLOGIA

O presente estudo, trata-se de um projeto de intervenção para melhorar a qualidade da assistência oferecida aos usuários diabéticos da Unidade Básica de Saúde UBS Joaz Souza no Município de Parnaíba – PI.

Para o embasar teoricamente este projeto, buscou-se apoio na pesquisa científica, aonde foram lidos autores que falam sobre o tema proposto. Após a leitura e seleção

dos artigos deu-se início à elaboração de um plano operativo, onde há o planejamento das ações propostas.

Inicialmente o médico realizará uma capacitação com a equipe multiprofissional, no intuito de esclarecer a respeito do tratamento farmacológico e não farmacológico do DM. Serão dois encontros com duração de 4 horas, os quais serão desenvolvidas na própria UBS. Como material didático será utilizado o Manual do Ministério da Saúde. O segundo dia capacitação a equipe será informada a respeito dos objetivos e metas do projeto, assim como será convidada a participar da intervenção.

No que se refere a ausência de estratégias para melhorar a adesão serão repassadas as funções de cada profissional nesta intervenção, sendo distribuída da seguinte forma: 1-Médico: padronização das consultas, solicitação de exames, avaliação da estratificação de risco e realizar duas palestras educativas, assim como ficará responsável por desenvolver a capacitação da equipe multiprofissional; 2- Enfermeira: Padronização das consultas, solicitação de exames, avaliação da estratificação de risco e realizar uma palestra educativa. Além disso, ficará responsável por realizar o monitoramento da intervenção, repassar os nomes dos pacientes faltosos as consultas para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizarem busca ativa; 3- ACS: 10 agentes comunitários de saúde para realizar busca ativa dos faltosos, entregar os convites das ações programadas e estimular os pacientes a participar; 4-Técnico de enfermagem: reverificar a PA, peso, altura e a glicemia dos pacientes antes das consultas; 5- Dentista: realizar avaliação dos pacientes e tratamento conforme recomendado.

No intuito de melhorar a adesão dos pacientes com DM eles receberão orientações durante as consultas médicas e de enfermagem, sobre os seguintes itens: importância da adesão ao tratamento; sobre os males do etilismo, do tabagismo, a respeito da prática regular de atividade física, da regularidade nas consultas médicas e na realização de exames. Também será realizada busca ativa dos faltosos, por meio de visitas domiciliares programadas pelos ACS e serão realizadas ações educativas para estimular a adesão.

Neste seguimento para contribuir na regularidade dos níveis glicêmicos, assim como conscientizá-los da importância de mantê-los regulares, o médico e a enfermeira da equipe durante as consultas irão explicar os valores recomendados aos pacientes. Também serão solicitados exames complementares e serão avaliados em relação a estratificação de risco cardiovascular. Além disso, durante as consultas os pacientes serão estimulados a manter a regularidade dos exames e consultas.

Serão realizadas cinco ações educativas, sendo três palestras e duas rodas de conversa. O médico ficará responsável por duas palestras, sendo o tema da primeira as medicações de tratamento e os efeitos adversos, a segunda terá como as complicações do DM. A terceira palestra será realizada pela enfermeira que abordará a importância da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. A quarta e a quinta ações educativas, serão rodas de conversa realizada em conjunto entre a nutricionista e o educador físico do NASF e todos os profissionais da UBS, de modo a envolver toda a equipe, para conscientizar a população em especial os diabéticos.

Os profissionais nutricionistas e educador físico terão papel fundamental, pois, irão abordar sobre a dieta recomendada para o DM, assim como demonstram alguns exercícios simples de execução. Essas ações educativas serão realizadas antes das consultas do HIPERDAI (Terça-feira); com duração máxima de 30 min. Nas palestras educativas os profissionais irão usar o retroprojeter e o microfone, no intuito de contribuir para melhor expor a temática em pauta. Cada profissional responsável pela ação educativa irá elaborar o material a ser entregue aos participantes.

O quadro 1 demonstra as ações programadas para minimizar a situação problema em pauta (Plano operativo).

PLANO OPERATIVO:

Quadro 1: ações programadas para a intervenção

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESP
	Capacitar a equipe em relação ao tratamento farmacológico e não farmacológico do DM;	Será realizada uma capacitação pelo médico para 100% da equipe multiprofissional da UBS PRAZO - 1 MÊS	O médico realizará uma capacitação com a equipe multiprofissional, no intuito de esclarecer a respeito do tratamento farmacológico e não farmacológico da HAS e do DM.	Médico

A grande quantidade de pacientes com o diagnóstico de DM e com baixa adesão ao tratamento proposto.	Elaborar estratégias, juntamente com a equipe de saúde, no intuito de melhorar a adesão ao tratamento dos usuários diabéticos dessa UBS.	Serão realizadas pelo menos 100% do planejamento para melhorar a adesão ao tratamento dos usuários diabéticos dessa UBS PRAZO -3 MESES	Serão repassadas as funções de cada profissional nesta intervenção,	Médico Enfermeira; Dentista ACS Técnica de enfermagem
	Otimizar a assistência aos pacientes diabéticos em relação a avaliação das complicações causadas pelo diabetes mellitus	MÉDIO 1-Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência/ 2-Serão identificados 100% dos pacientes durante as consultas médicas e de enfermagem com dificuldade de adesão ao tratamento. 3-Estimular 100% dos pacientes durante as consultas médicas e de enfermagem para a adesão ao tratamento PRAZO= 3 MESES	As orientações serão repassadas nas consultas médicas e de enfermagem.	Médico Enfermeira ACS
	1-Realizar ações de educação em saúde sobre os cuidados com do DM para os pacientes;	1-Garantir orientação nutricional, sobre a importância da prática regular de atividade física, sobre as medicações, sobre o consumo do álcool e tabagismo a 100% dos diabéticos. PRAZO -6 MESES	Serão realizadas 5 ações educativas, sendo três palestras e duas rodas de conversa.	Todos os profissionais da UBS Equipe do NASF: educador físico; nutricionista

DISCUSSÃO

DIABETES MELLITUS: EPIDEMIOLOGIA, CLASSIFICAÇÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O DM representa uma das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mais prevalentes no mundo, ficando em quarta posição de causa de morte. Além disso, em adição com a doença renal crônica (DRC) é responsável por forte impacto financeiro nos sistemas de saúde no Brasil e no mundo (DUNCAN *et al.*, 2017). Estimativas no ano de 2014 trouxeram 120 milhões de pessoas eram portadoras de DM no mundo e até 2025 a expectativa é de que sejam 300 milhões (TELO *et al.*, 2016).

Segundo *International Diabetes Federation (IDF)* em 2017 em todo mundo foram identificados 425 milhões de pessoas com DM, das quais 79% viviam em países em desenvolvimento. Entre os 10 países mais prevalentes o Brasil ocupava o quarto lugar e está entre as cinco principais causas de morte no mundo, com aproximadamente 12,5 milhões de pessoas. No ano de 2015 o DM foi responsável por 59 mil óbitos no (BRASIL, 2015).

Em 2015, na América do Sul e América Central, 247.500 pessoas morreram tendo como causa o diabetes (122.100 homens e 125.400 mulheres). Mais de 42,7% dessas mortes ocorreram em pessoas com idade inferior a 60 anos, e mais da metade dessas mortes (130.700) ocorreram no Brasil (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015).

O DM classifica-se em Diabetes tipo 1, tipo 2 e gestacional. No tipo 1 acontece a destruição das células beta pancreáticas produtoras de insulina em um processo chamado de auto-imune. Em decorrência desse processo auto-imune os pacientes produzem quantidade reduzida ou até mesmo não produzem nenhuma insulina, sendo necessário a utilização diária de injeções desse hormônio para controlar seus níveis glicêmicos. Comumente ocorre antes dos 30 anos de idade com início agudo e inesperado (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017).

A faixa etária de maior ocorrência para a identificação do Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) entre crianças e adolescentes é de 10 e 14 anos, todavia, menos comumente, em adultos de qualquer idade (BRASIL, 2014).

Já os pacientes que possuem o diagnóstico do tipo 2 apresentam o desempenho prejudicado e sensibilidade diminuída a insulina, que por sua vez, prejudica as células

beta, resultando em produção diminuída de insulina. Esse tipo de DM ocorre em aproximadamente 90 a 95% dos doentes e se manifesta, geralmente em pessoas com mais de 30 anos de idade e obesas. Já Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é diagnóstico na gestação e caracteriza-se pela diminuição da tolerância à glicose, podendo ou não persistir após o parto (BERTOLUCI *et al.*, 2017).

RASTREIO, DIAGNÓSTICO E CONTROLE GLICÊMICO

O Ministério da Saúde (MS) recomenda alguns critérios para o rastreio do DM, tais como: idade >45 anos; pessoas com sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC >25); pessoas com obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas). Também é necessário avaliar os antecedentes familiares (mãe ou pai) de diabetes; hipertensão arterial (> 140/90 mmHg); colesterol HDL =35 mg/dL e/ou triglicérides =150 mg/dL; história de macrosomia ou diabetes gestacional; diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos e doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida (BRASIL, 2014).

O diagnóstico do DM 1 compreende manifestações clínicas de hiperglicemia grave, tais como: emagrecimento, polidipsia, poliúria e polifagia, possuindo evolução rápida para outras manifestações clínicas, como por exemplo: cetose, acidose metabólica, desidratação. A hiperglicemia é sintoma mais coerente para a confirmação do diagnóstico do DM1 (WEINERT, 2017).

Para se verificar os níveis de glicêmicos em DM1 não é necessário o paciente estar em jejum, pode ser realizado de forma aleatória e o diagnóstico será confirmado pelos valores maiores do que 200 mg/dL mais a presença dos sintomas clássicos de hiperglicemia (BERTOLUCI *et al.*, 2017).

Outros meios diagnósticos são a glicemia de jejum (≥ 126 mg/dL, 100 e 125 mg/dL caracteriza "glicemia de jejum alterada), teste oral de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em 2 horas (TOTG ≥ 200 mg/dL entre 140 e 200 mg/dL, estar ocorrendo tolerância à glicose diminuída) e Hemoglobina Glicada (HbA1c= 4,5 a 5,6%) é importante lembrar da necessidade da repetição desses exames em intervalos curtos de tempo (DUCAN *et al.*, 2017).

Descarta-se o DM quando o paciente estiver apresentando a hiperglicemia associada ao estresse agudo infeccioso, traumático ou circulatório, pois essa condição muitas vezes é passageira. Desta maneira, sugere-se uma nova avaliação após o contexto ter se anulado, pois com isso será possível observar se a hiperglicemia

persistiu ou não (BRASIL, 2014). Outro parâmetro que pode auxiliar no diagnóstico do DM1, apesar de não ser habitual, é a avaliação dos auto-anticorpos circulantes, todavia, seu afastamento não exclui o diagnóstico (CARVALHO *et al.*, 2014).

As Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (2017) alertam para o fato de que em algumas ocasiões a classificação do tipo específico de DM confirma tempos depois da evolução da doença, especialmente devido a um fenômeno conhecido como fase de “lua-de-mel (acontece em adultos jovens em que há uma estabilidade metabólica transitória, decorrente da secreção insulínica residual por células beta remanescentes).

Para o tratamento dos pacientes com DM 1 estão inclusos cinco componentes principais: ações de educação em saúde para o diabético, automonitorização glicêmica, insulinoterapia, orientação nutricional e prática de exercício físico. Lembrando que a insulinoterapia é obrigatória no seu tratamento (BRASIL, 2014).

Além do tratamento convencional, o tratamento não medicamentoso é essencial para o controle glicêmico, em que a à educação em diabetes e estímulo ao autocuidado, englobando um conjunto de ações que devem ser desenvolvidas com o auxílio de uma equipe multiprofissional, incluído: enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, assistente social, educador físico e profissionais da área da educação. No entanto, nem todos os pacientes diagnosticados com DM usufruem de um tratamento dessa natureza, assim como nem sempre os profissionais atuam de forma integrada (BERTOLUCI *et al.*, 2017).

Já o tratamento do DM gestacional inclui a manutenção do esquema basal-bolus com múltiplas doses de insulina utilizando as insulinas *Neutral Protamine Hagedorn* (NPH) e regular, o qual é usado durante todo o período gestacional. Além disso, é essencial que essas mulheres recebam monitor de glicemia capilar e fitas reagentes para a realização de pelo menos 3-4 testes glicêmicos ao dia (CARVALHO *et al.*, 2014).

É importante ressaltar que para o tratamento do DM1 além da terapia não farmacológica é necessário que essas pessoas recebam insulina exógena. Esse tratamento deve seguir um esquema intensivo, dividido entre insulina basal e insulina prandial. As insulinas disponíveis no SUS são as insulinas humanas recombinantes: insulina de ação rápida (regular) e insulina de ação intermediária (NPH), bem como os insumos necessários para a monitorização da glicemia e aplicação da insulina (tira reagente, lanceta e seringa com agulha acoplada) (BRASIL, 2015).

Como vantagem da utilização da insulina de ação rápida existe a flexibilidade em relação ao momento de aplicação o que seria fundamental no tratamento de crianças com DM1. Uma vez administrada a insulina regular, com recomendação de

antecedência mínima de 30 minutos antes da refeição, a recusa alimentar pela criança poderia resultar em hipoglicemias. As insulinas análogas, por outro lado, poderiam ser administradas após a refeição, evitando hipoglicemias graves. Essa vantagem comparativa foi também defendida pela sociedade durante a consulta pública do relatório de incorporação avaliado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) em 2014 (BRASIL, 2015).

A monitorização da glicemia capilar (MGC) pelo paciente é indicada para todos os pacientes com DM, em especial os que são portadores do tipo 1. Os valores de glicemia foram padronizados pelo MS no Brasil, conforme mostra o quadro 2. Esta recomendação baseia-se no fato da AMG ter sido parte da intervenção para conseguir o controle glicêmico intensivo (LV; WANG; XU, 2015).

Sendo assim, a AMG é recomendada em ambiente domiciliar para ajustes das doses de insulina e para a avaliação do tratamento, pois fornece aos pacientes informações imediatas sobre o controle glicêmico, permitindo a identificação precisa de hipoglicemias e hiperglicemias, aumentando a segurança dos pacientes e prescritores e motivando os pacientes a realizarem as mudanças necessárias na alimentação, atividade física e doses de insulina (TAVARES *et al.*, 2015). Com os valores obtidos na AMG será possível ajustar as doses de insulina para os pacientes, uma vez que proporciona um mapeamento de como o nível glicêmico se comporta no decorrer do dia em que ocorre falta ou excesso de sua ação (DUNCAN *et al.*, 2017).

FATORES DE NÃO ADESÃO DO DIABÉTICO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PROPOSTO

Define-se a adesão ao tratamento recomendado como a incorporação do paciente às recomendações preconizadas por um profissional de saúde para fazer uso dos medicamentos prescritos, bem como aceitar as mudanças alimentares e no estilo de vida. Quando não ocorre essa adesão do paciente com DM o tratamento torna-se um desafio na prática clínica pelos profissionais das instituições de saúde. Desta maneira, constantemente é necessário a busca por estratégias de intervenções que visem minimizar a falta de adesão dos pacientes diabéticos (FARIA *et al.*, 2014).

Quando acontece a aceitação do tratamento prescrito a adesão é considerada ideal e contempla três estágios: I estágio: concordância, no qual o indivíduo, inicialmente, concorda com o tratamento, seguindo as recomendações dadas pelos profissionais da saúde; II estágio- adesão, fase de transição entre os cuidados prestados

pelos profissionais de saúde e o auto-cuidado, no qual, com uma vigilância limitada, o doente continua com o seu tratamento; III estágio- manutenção, quando, já sem vigilância (ou vigilância limitada), o doente incorpora o tratamento no seu estilo de vida (BRASIL, 2014).

Em contrapartida, existem alguns fatores que influenciam na adesão ao tratamento de pacientes com doenças crônicas, tais como: a cronicidade da doença, associada às características do regime terapêutico; às responsabilidades do doente; acesso e disponibilidade do medicamento nos serviços de saúde, aceitabilidade do medicamento, sensação de perda de controle sobre seu corpo, atitudes familiares e de amigos, isolamento social, relação entre usuário e profissional de saúde, esquema terapêutico, ausência de sintomas, tempo de diagnóstico, conhecimento e compreensão da doença e do tratamento (TAVARES *et al.*, 2014).

Para avaliar a adesão dos pacientes ao tratamento recomendado são utilizados diversos instrumentos, devido à sua simplicidade, ao baixo custo, à obtenção de resultados imediatos e à possibilidade de detectar, aproximadamente, 50% das pessoas em não adesão (BOAS; LIMA; PACE, 2014).

No Brasil, os estudos que objetivaram avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso do DM e de outras doenças crônicas utilizaram o questionário Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), instrumento acessível e de fácil aplicação. Entretanto, como esse questionário não foi desenvolvido excepcionalmente para pessoas com DM, não contempla, de forma distinta, a adesão aos antidiabéticos orais (ADOs) e à insulina. Também não foram identificados na literatura instrumentos que avaliassem distintamente esses dois aspectos do tratamento (BRASIL, 2015).

Avaliando a adesão ao tratamento Farias *et al.* (2014) realizaram um estudo em um município do interior de Minas Gerais, com 423 pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e seus resultados mostraram que a adesão ao tratamento medicamentoso foi superior a 60% nas 17 unidades investigadas. A adesão ao tratamento medicamentoso foi positiva em todas as ESF, evidenciando que a política pública de distribuição gratuita de medicamentos pela rede de saúde e o modelo de atenção adotado na ESF podem estar favorecendo as porcentagens de adesão à terapia medicamentosa.

Diante da variedade e a complexidade dos fatores que concorrem para a não adesão ao tratamento medicamentoso, é necessária uma abordagem individualizada do profissional responsável pela assistência, contemplando as singularidades de cada situação. Desse modo, estudos que identifiquem as prevalências de adesão às diferentes modalidades de tratamento para o controle glicêmico e os fatores associados

são importantes para direcionar ações individuais e coletivas de atenção à saúde ao segmento mais envelhecido da sociedade (BORDA *et al.*, 2018).

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Assim como em outras afecções, a educação é parte fundamental do tratamento do DM e da HAS, e é evidenciada como o veículo de capacitação das pessoas para realizar o gerenciamento da sua doença. Por se tratar de afecções crônicas, grande parte do sucesso do tratamento é construído pela auto-responsabilização do paciente, conscientização das restrições impostas pela enfermidade e, principalmente, autocontrole no controle glicêmico (EID *et al.*, 2018).

Destaca-se que existem inúmeras variações de intervenções educativas já testadas nos pacientes com essas enfermidades, embora não tenha sido estabelecido um modelo padronizado aceito como universal ou reconhecido como eficiente para todos os pacientes com essas doenças (BORGES; LACERDA, 2018).

A educação para a saúde é reconhecida como mecanismo eficaz na capacitação para o autocuidado, em que os pacientes são os autores no controle da afecção; essa estratégia educacional é conhecida por Empowering (Empoderamento). Definida como meio para desenvolvimento da confiança do indivíduo nas suas próprias capacidades, essa intervenção visa maximizar os recursos disponíveis e fornecer aos pacientes o conhecimento, as habilidades e a responsabilidade de efetuar mudanças de atitudes para promoção da melhora na saúde. As quatro bases principais do Empowering são: 1) dar poder ao indivíduo; 2) liderança; 3) motivação e 4) desenvolvimento (educação e informação) (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2016).

A atividade educacional pode acontecer individualmente ou em grupo, presencialmente, por telefone ou internet; ser realizada por profissionais ou entre pares de pacientes; diariamente, semanalmente ou mensalmente; com ou sem o envolvimento da família do paciente (BORGES; LACERDA, 2018).

Nesta perspectiva, a utilização de ações educativas motivadoras para o uso correto dos medicamentos, de refeições regulares e da adesão a um programa de exercícios adaptados a cada paciente, essa abordagem possui como parâmetro de sucesso a melhora do controle metabólico, redução do risco cardiovascular e controle das complicações crônicas relacionadas ao diabetes e a hipertensão, incluindo ambientes apropriados, treinamento dos profissionais da APS para diferentes propostas

pedagógicas, cuja finalidade seja orientar ações para a melhoria da qualidade de vida e exercer a autonomia do indivíduo (CONDORILQUEZE et al., 2017).

CONCLUSÃO

Ações de educação em saúde, visam a promoção da saúde dos indivíduos e a prevenção de doenças, e devem fazer parte das ações da atenção básica (AB), pois são os alicerces para que as pessoas possam se conscientizar e assim cuidarem a sua saúde para não adoecerem.

Sendo assim, pretende-se com este projeto de intervenção, e realizar ações de educação em saúde sobre os cuidados com o DM para os pacientes e tentar conscientizar a comunidade da UBS Joaz Souza no Município de Parnaíba – PI, sobre a importância e a regularidade das consultas, com foco no auto cuidado e ainda, capacitar a equipe em relação ao tratamento farmacológico e não farmacológico do DM, como também, elaborar estratégias, juntamente com a equipe de saúde, no intuito de melhorar a adesão ao tratamento dos usuários diabéticos na UBS, buscando sempre, a melhoria da qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

- BARROS, M. B.; FRANCISCO, P. M^a. S. B. I; ZANCHETTAI, L. M.; CÉSAR, C. L. G. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Cien Saude Colet**, São Paulo, v. 16, n. 9, p. 3755-768, set. 2015.
- BOAS, L. C. G. V.; LIMA, M^a. L. S. A. P.; PACE, A. E. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus: validação de instrumentos para antidiabéticos orais e insulina. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 13-20, jan-fev. 2015.
- BOING, A. C. BERTOLD, A. D.; BOINGI, ANT. F.; BASTOSI, J. L; PERES, K. G. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. São Paulo, v. 29, n. 4, p. 691-701, mai. 2015.
- BORDA, A. K. O. T. MARQUES, A. P. O.; RAMOS, V. P.; LEAL, M. C. C.; ARRUDA, I. K. G.; RAMOS, R. S. P. S. Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos assistidos na atenção primária de saúde. **Ciênc. saúde colet**. São Paulo, v. 23, n. 3, mar. 2018.
- BORGES, D. B.; LACERDA, J. T. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde debate**. São Paulo, v. 42, n. 116, p. 162-78, jan-mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes mellitus**. Caderno de Atenção Básica nº 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2014 Saúde **Suplementar**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde**. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

CONDORILQUIZE, R. C. et al. Práticas educativas no paciente diabético e perspectiva do profissional de saúde: uma revisão sistemática. **J Bras Nefrol**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 196-204, set. 2017.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Editora Clannad, 2017. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2019.

DUNCAN, B. B.; FRANÇA, E. B.; PASSOS, V. M^a. A.; COUSINI, E.; ISHITAN, L. H.; MALTA, D. C.; NAGHAVI, M.; MOONEY, M.; SCHMIDT, M^a. I. The burden of diabetes and hyperglycemia in Brazil and its states: findings from the Global Burden of Disease Study 2015. **Rev. Bras. Epidemiol**. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 90-101, 2017.

EID, L. P.; LEOPOLDINO, S. A. D.; OLLER, G. A. S. A. O; POMPEO, D. A.; MARTINS, M. A.; GUERONI, L. P. B. Fatores relacionados às atividades de autocuidado de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1-9, set. 2018.

FARIA, H. T. G.; SANTOS M. ANT.; ARRELIAS, C. C. A.; RODRIGUES, F. F. L.; GONELA, J. T.; TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M^a. L. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm**. São Paulo, v. 48, n. 2, p. 257-63, mai. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2017**: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas Rio de Janeiro: IBGE; 2018.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas Seventh Edition**. Belgium: IDF, 2015.

LV, S.; WANG, J.; XU, Y. Safety of insulin analogs during pregnancy: a meta-analysis. **Arch Gynecol Obstet**. v. 292, n. 4, p. 749-56, mai. 2015.

RODRIGUE; A. C. S.; VIEIRA, G. L. C.; TORRES, H. C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 44, n. 12, p. 531-37, mai. 2016.

SALCI, M^a. A.; MEIRELLES, BHS, SILVA, D. M^a G. V. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 2, p. 1-8, set. 2017.

TAVARES, V. S. A.; VIDAL, S. A.; GUSMÃO FILHO, F. ANT. R. LIMA, S. R. Avaliação da atenção ao diabetes mellitus em Unidades de Saúde da Família de Petrolina, Pernambuco, 2011. **Epidemiol. serv. saúde**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 527-36, mai. 2015.

TELO, G. H.; TELO, G. H.; CUREAU, F. V.; SOUZA, M. S.; ANDRADE, T. S. Prevalence of diabetes in Brazil over time: a systematic review with meta-analysis. **Diabetol Metab Syndr**. v.8, n.1, p.65-78, 2016.

WEINERT, L. S. **Diabetes Melito: diagnóstico e tratamento**. 10 ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.

World Health Organization. **Global Report on Diabetes**. 2016. Disponível em:<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2020.