



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Brunela Marino Pancieri

**Projeto de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de
Diabetes Mellitus e o controle da doença**

Espírito Santo
2016

Brunela Marino Pancieri

Projeto de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus e o controle da doença

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Orientador: Philipp Rosa de Oliveira

Espírito Santo

2016

RESUMO

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica que acomete 7,6% da população entre 30 e 69 anos de idade e se não controlada pode ter conseqüências desfavoráveis para a saúde do portador interferindo drasticamente em sua qualidade de vida, além de aumentar os custos para saúde pública, tornando-se um desafio constante para os profissionais de saúde. Uma das principais causas de mau controle da doença é a não adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico por parte do paciente. A partir da observação de diversos casos de abandono ao tratamento e níveis metabólicos alterados na Unidade de Saúde da Família (UBS) de Marilândia – ES, área de atuação da autora, surgiu a necessidade da criação de um plano de intervenção direcionado aos diabéticos pertencentes a esta UBS com o objetivo de identificar e corrigir as causas de adesão incorreta ao tratamento e assim obter bom controle metabólico e diminuição das taxas de complicações.

Descritores: Diabetes Mellitus; Adesão à medicação; Complicações do Diabetes; Saúde da Família.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	3
1.1	Situação Problema	4
1.2	Justificativa	4
1.3	Objetivos	5
	Objetivo Geral	5
	Objetivo Específico	5
2.	REVISÃO DE LITERATURA	6
3.	METODOLOGIA	10
3.1	Público-alvo	10
3.2	Desenho da Operação	10
3.3	Recursos Necessários	11
3.4	Cronograma de Execução	12
3.5	Resultados Esperados	12
3.6	Avaliação	13
4.	CONCLUSÃO	14
	REFERÊNCIAS	15

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa refere-se ao Trabalho de Conclusão do Curso de especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS) em parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

A motivação para esse estudo surgiu da vivência prática da presente autora a partir da observação de elevado número de casos de pacientes diabéticos não compensados em acompanhamento na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Marilândia devido, principalmente, a má adesão ao tratamento.

Diabetes Mellitus é uma doença metabólica caracterizada por níveis elevados e mantidos de glicemia, que acomete 7,6% da população entre 30 e 69 anos, sendo suas complicações crônicas o principal responsável pela morbidade e mortalidade dos pacientes diabéticos, além de custos elevados para a saúde pública tornando-se um problema atualmente. Tais complicações, classificadas em microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia diabética) ou macrovasculares (doença arterial coronária, doença vascular periférica, doença cerebrovascular) são notadamente agravadas pelo não controle da doença. O risco de desenvolver complicações crônicas graves em diabéticos é superior ao de pessoas sem diabetes – 30 vezes para cegueira, 40 vezes para amputações de membros inferiores, 2 a 5 vezes para IAM e 2 a 3 vezes para AVC (BRASIL, 2013).

Dentre os fatores do mau controle da doença o mais observado na prática clínica foi a não adesão ao tratamento. A adesão é definida quando o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações da equipe multiprofissional de saúde, sejam elas uso de medicações, dieta ou mudanças no estilo de vida, em pelo menos 80% de seu total, obedecendo doses, horários e tempo de tratamento. Acredita-se que apenas 1/3 dos pacientes portadores de doenças crônicas aderem corretamente ao tratamento gerando um desafio constante na prática clínica (FARIA *et al*, 2014; GIMENES, ZANETTI e HAAS, 2009).

Portanto, com as evidências de que a progressão do DM sem tratamento aumenta de forma importante o surgimento de complicações, é necessário um controle rigoroso dos níveis glicêmicos e isso só é possível quando o paciente juntamente com a equipe de saúde realiza o tratamento proposto. Dessa forma, é preciso um acompanhamento permanente de pacientes diabéticos visando sempre

orientá-los sobre a doença e monitorar a adesão às medidas de tratamento, farmacológicas e não-farmacológicas.

1.1 Situação-problema

O tratamento do paciente portador de Diabetes Mellitus inclui medidas farmacológicas e não farmacológicas e necessita da adesão correta a essas medidas para ser considerado eficaz. A má adesão ao tratamento é fator importante para a evolução desfavorável da doença e tem diversas causas que precisam ser identificadas pelo profissional de saúde quando presentes e prontamente corrigidas. Entre as principais causas encontram-se a má relação com os profissionais, a falta de informação sobre o caráter crônico da doença e o não entendimento de como deve ser realizado o tratamento. A fim de resolver esse problema, primeiramente, é necessário que os pacientes sejam esclarecidos sobre a doença que possuem, para que assim tenham mais estímulo em promover o autocuidado. Além disso, é preciso também que haja uma equipe completa e motivada a promover o cuidado integral ao paciente, criando uma relação harmoniosa entre si e com os pacientes e suas famílias, para que juntos possam decidir qual o projeto terapêutico a ser seguido e se empenharem para a eficácia do mesmo.

1.2 Justificativa

Na Unidade de Saúde da Família (USF) Jayme Passamani, sede 3 – Marilândia ES, local de atuação da autora, existem 60 pacientes diabéticos. Foi observado durante as consultas médicas que a maioria desses pacientes apresentava um número elevado de níveis alterados de glicemia e não aderência ao tratamento, favorecendo o aumento do risco cardiovascular e início de complicações crônicas, que poderiam ser evitadas em caso de controle adequado da doença. Foi observado ainda que estes pacientes não têm conhecimento da gravidade dessas conseqüências, dificultando ainda mais a adesão as orientações dadas. A partir dessas constatações surgiu a necessidade da criação e implementação de uma

intervenção diante do grupo de pacientes diabéticos desta USF, a fim de aumentar o conhecimento da doença e adesão ao tratamento proposto.

1.3 Objetivos

- *Objetivo geral*

- Elaborar um plano de intervenção com o intuito de aumentar a adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus e o controle da doença.

- *Objetivos específicos*

- Proporcionar maior conhecimento sobre a doença (DM) por parte dos pacientes diabéticos.
- Reforçar as medidas de tratamento e monitorar sua adesão.
- Monitorar o controle da doença.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença que vem sendo tornando epidêmica nos dias atuais. Até o ano de 1985 estimava-se haver 30 milhões de adultos no mundo com a doença; esse número cresceu e até 2030 espera-se 300 milhões de casos. Acredita-se que esse aumento tenha sido provocado pelo crescimento e envelhecimento populacional, urbanização e taxas elevadas de sedentarismo e obesidade (SBD, 2013-2104).

É uma doença que se apresenta como um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia decorrente do defeito da ação e/ou secreção de insulina. É classificada em 4 tipos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Associação Americana de Diabetes (ADA) (SBD, 2013-2014):

1- Diabetes tipo 1: corresponde a 5-10% dos casos, é decorrente da falha na secreção de insulina devido a destruição de células pancreáticas. Mecanismo autoimune é o mais comum, porém em alguns casos a causa é desconhecida, determinando a forma idiopática de DM tipo 1. A forma é mais comum em crianças, pela rápida destruição de células beta pancreáticas nessa faixa etária e com início geralmente abrupto (SBD, 2013-2014).

2- Diabetes tipo 2: corresponde a 90-95% dos casos, e ocorre devido a falha na ação e secreção de insulina. Pode ser encontrada em qualquer idade, porém é a forma mais comum em adultos, principalmente após os 40 anos de idade. A evolução costuma ser gradual, com o aparecimento da doença antecipada por estágios de tolerância à glicose diminuída (SBD, 2013-2014).

3- Diabetes Gestacional: caracterizada por qualquer intolerância a glicose com diagnóstico ou início no período gestacional. Ocorre em 1 a 14% das gestações, aumentando a taxa de complicações perinatais. Pode evoluir com normoglicemia após o parto, porém há risco de 10 a 63% de desenvolver DM2, devendo essa gestante ser avaliada após o parto e reclassificada (SBD, 2013-2014).

4- Outros tipos de DM: presentes nessa classe tipos menos comuns de diabetes como defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino e outras condições (SBD, 2013-2014).

O tratamento do DM deve ser composto por mudanças do estilo de vida (reeducação em saúde, dieta, atividade física) em associação a tratamento

farmacológico (hipoglicemiantes orais e/ou insulinoterapia), a depender do nível glicêmico. Por ser uma doença crônica, este tratamento deve ser realizado de forma contínua, com reavaliações freqüentes a fim de manter sua eficácia e o controle da glicemia, monitorando também o surgimento de possíveis complicações.

As complicações provocadas pelo DM são diversas, podendo ser agudas (hipoglicemia, cetoacidose diabética e estado hiperosmolar) ou crônicas. As complicações crônicas, presentes no DM tipo 1 ou DM tipo 2, fazem parte da história natural, porém são agravadas pelo nível glicêmico elevado no curso da doença, provocando falência de diversos órgãos, principalmente olhos, rins, coração, nervos e vasos sanguíneos.

Cerca de 50% dos portadores de DM desconhecem o diagnóstico e 24% dos pacientes reconhecidamente afetados não realizam nenhum tipo de tratamento, agravando o surgimento das complicações da doença. Como consequência há aumento da morbimortalidade nesses pacientes, com prejuízo na qualidade de vida, devido ao caráter incapacitante das complicações, além de custo elevado para o sistema de saúde, tornando um problema para a saúde pública (PASQUALOTTO, ALBERTON e FRIGERI, 2012). Estudos internacionais sugerem que o custo dos cuidados relacionados ao diabetes é cerca de duas a três vezes superior aos dispensados a pacientes não diabéticos e está diretamente relacionado com a ocorrência de complicações crônicas (BRASIL, 2013).

As complicações crônicas podem ser micro ou macrovasculares. A doença macrovascular do paciente diabético é a mesma doença aterosclerótica do paciente não diabético com comprometimento de artérias coronarianas (infarto agudo do miocárdio), dos membros inferiores (doença vascular periférica) e as cerebrais (acidente vascular cerebral), porém na presença de Diabetes ela se torna mais freqüente, precoce e de maior gravidade (SBD, 2013-2014). A doença cardiovascular é a maior responsável pela mortalidade nesses pacientes (SBD, 2013-2014), correspondendo a uma taxa de mortalidade de 52%. Os principais fatores de risco associados são a presença de nefropatia diabética, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica e tabagismo (GROSS e NEHME, 1999).

Quando o acometimento é microvascular, podem surgir neuropatia, retinopatia e nefropatia diabéticas.

A Nefropatia Diabética (ND) acomete cerca de 40% dos pacientes diabéticos e é a principal causa de insuficiência renal crônica em pacientes que iniciam diálise

(GROSS e NEHME, 1999). O declínio da função renal é gradual e inicia-se, geralmente, cinco a 10 anos após surgimento do diabetes, apresentando um aumento de incidência após 15 anos de doença (TSCHIEDEL, 2014). Esta complicação está ainda associada a importante aumento de mortalidade, principalmente relacionada a doença cardiovascular (SBD 2013-2014).

A Retinopatia Diabética (RD) é a principal causa de cegueira irreversível no mundo, encontrada em mais de 90% dos indivíduos com DM1 e 60% dos portadores de DM2, após 20 anos do diagnóstico. Pode ser evitada através de medidas adequadas, que incluem, além do controle da glicemia e da pressão arterial, a realização do diagnóstico em uma fase inicial e passível de intervenção (SBD, 2013-2014). Nos indivíduos com DM1 a cada 1% de redução na hemoglobina glicada (A1c) ocorre uma diminuição do risco de retinopatia em 35%, enquanto no DM2 foi observado que para cada redução de 1% dos níveis de A1c ocorre diminuição de 37% do risco de evolução para qualquer complicação microvascular (TSCHIEDEL, 2014).

A neuropatia diabética (NeD) é a complicação tardia mais frequente do diabetes, afetando entre 40% e 50% dos indivíduos com DM tipo 2 e em menor frequência no DM tipo 1 (TSCHIEDEL, 2014). É definida pela presença de sintomas e/ou sinais de disfunção dos nervos periféricos em diabéticos, após a exclusão de outras causas. O acometimento na NeD é amplo no organismo, apresentando-se de duas formas principais: polineuropatia sensoriomotora simétrica e neuropatia autonômica (cardiovascular, respiratória, digestiva e geniturinária). Essa complicação contribui para a maior parte da incapacitação que ocorre nas fases avançadas da doença, além de ser o fator mais importante para o surgimento de úlcera nos pés de pacientes diabéticos, aumentando o risco de amputações. O bom controle metabólico do diabetes é o principal fator preventivo da neuropatia, tanto inibindo o aparecimento de lesões, como sua intensidade e extensão (SBD 2013-2014).

Dessa forma, é evidente que a duração do Diabetes Mellitus assim como o controle glicêmico são os fatores mais importantes para o desenvolvimento das complicações da doença, interferindo drasticamente na qualidade de vida dos indivíduos afetados. Para manter um controle adequado da glicemia, é necessário adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas e a adesão ao tratamento por parte do paciente é fundamental para a eficácia dos resultados.

A adesão ao tratamento é definida quando o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações preconizadas por um profissional de saúde tais como uso de medicamentos, reeducação alimentar e mudanças no estilo de vida, em pelo menos 80%. São diversos os fatores responsáveis pela não adesão: falta de acesso ao medicamento, não aceitação da doença, falta de sintomas no início da doença, características sócio-culturais dos pacientes, má relação entre paciente e profissional de saúde, posologia difícil, efeitos colaterais das medicações, falta de conhecimento sobre a doença (FARIA *et al*, 2014; GIMENES, ZANETTI e HAAS, 2009).

A equipe de saúde da família tem o papel de orientar o paciente e a família sobre a doença, criando vínculos e mantendo uma boa relação com os usuários do serviço, para que juntos possam definir qual o melhor tratamento a ser instituído, estimulando sempre o autocuidado do paciente e adesão a esse tratamento. É necessário ainda que toda a equipe atue na busca dos pacientes não aderentes às orientações dadas, para que assim possam intervir nesses casos a fim de aumentar a adesão e o controle da doença, prevenindo surgimento de suas complicações e diminuindo a taxa de morbimortalidade associada a essa patologia.

3. METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de um projeto de intervenção proposto a partir da observação na prática clínica de pacientes portadores de Diabetes Mellitus com a doença mal controlada, sendo a principal causa observada a não adesão ao tratamento. Com o intuito de aumentar o conhecimento teórico sobre o assunto abordado foi realizado um estudo para identificar os fatores mais conhecidos do abandono ao tratamento e suas repercussões. A revisão da literatura foi baseada em artigos científicos encontrados em bases eletrônicas como LILACS e SCIELO, além de diretrizes sobre a patologia em questão e cartilhas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde.

3.1 Público-alvo

Pacientes diabéticos da Unidade de Saúde da Família Jayme Passamani – Sede 3, Marilândia ES.

3.2 Desenho da operação

No início do projeto será realizada uma reunião com toda a equipe de saúde para fazer planejamento conjunto das ações que serão desenvolvidas durante a intervenção, além de estimular uma relação harmoniosa entre paciente e profissional e orientar cada membro a promover continuamente ações de promoção a saúde e prevenção de doenças, voltadas principalmente para o Diabetes.

O cadastro dos pacientes diabéticos pertencentes à área de atuação da autora será atualizado, sendo que todos estes pacientes deverão ser avaliados em consultas médicas iniciais a fim de detectar o nível de controle da doença, existência de tratamento e sua eficácia e investigação das causas de baixa adesão a este tratamento quando presente.

A fim de promover maior informação sobre a doença serão feitas palestras educacionais (1 palestra a cada semestre) direcionadas aos pacientes diabéticos, realizadas pelo médico da equipe e nutricionista. Será aplicado um questionário aos

pacientes no início da palestra com intuito de conhecer o nível de conhecimento sobre diabetes por parte dos mesmos, a maneira como eles realizam o tratamento e as causas de não seguimento deste, e outro questionário ao final da palestra para avaliar o aprendizado proposto, assim como distribuição de panfletos contendo informações da doença.

Os pacientes diabéticos serão encaminhados para acompanhamento com nutricionista de modo a realizar uma abordagem multidisciplinar e deverão comparecer a consultas médicas periódicas, com intervalos a serem definidos em cada caso, com o objetivo de monitorar o nível glicêmico, realizar orientações contínuas, esclarecimento de dúvidas e monitorar a adesão as medidas farmacológicas e não farmacológicas previamente discutidas, buscando corrigir a cada consulta as causas de não adesão. O controle do Diabetes será baseado na realização de exames laboratoriais com perfil glicêmico solicitados durante as consultas e realização de glicemia capilar de jejum realizada uma vez ao mês mediante comparecimento dos diabéticos na Unidade de Saúde ou visitas domiciliares a pacientes acamados realizadas pelo enfermeiro.

3.3 Recursos Necessários

Recursos humanos: A Unidade de Saúde da Família, local de atendimento e acolhimento dos pacientes, precisa estar em funcionamento e em boas condições, composta por uma equipe multiprofissional completa (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes de saúde, nutricionista) atuando de forma conjunta e harmoniosa com o objetivo comum de melhorar a atenção prestada ao paciente, com consultas e visitas domiciliares realizadas de forma regular, proporcionando uma atenção integral e eficaz à saúde. É necessário ainda investimento e manutenção em saúde exercida pelas gestões municipais, estaduais e federais e distribuição dos medicamentos básicos para Diabetes Mellitus pela rede pública de saúde.

Recursos materiais: Para realização de ações em educação será necessário ambiente físico/auditório da USF Marilândia, computador, datashow, panfletos, folhas e canetas. Deverá ser disponível ainda glicosímetro + fitas + agulhas para monitorização periódica da glicemia capilar assim como exames laboratoriais.

3.4 Cronograma de execução

Ações a serem realizadas	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Agos	Set	Out	Nov	Dez
Coleta de dados	Realização em Fevereiro/2016 a coleta de dados com atualização do número de pacientes diabéticos na ESF – equipe 3.											
Capacitação da Equipe e Planejamento	Reunião com equipe de saúde para capacitação, orientações e planejamento de ações											
Realização de palestra educativa aos diabéticos			X						X			
Consultas de avaliação	Agendamento e realização de consultas médicas aos pacientes diabéticos, com solicitação de exames para verificar bom controle da doença e adesão correta ao tratamento.											
Acompanhamento	Garantir acompanhamento contínuo aos pacientes diabéticos, agendamento de novas consultas médicas para manutenção do tratamento e verificação constante da boa adesão, assim como garantir o controle da doença. Busca ativa aos pacientes que não comparecerem por enfermeiro e agentes de saúde.											
Controle periódico do nível glicêmico	Realização mensal de glicemia capilar de jejum -HGT- em todos os pacientes diabéticos											
Acompanhamento nutricional	Contínuo											

3.5 Resultados esperados

Com a intervenção espera-se:

- Orientar de forma clara todos os pacientes diabéticos sobre o que é a doença, suas complicações e tratamentos.
- Acompanhar todos os pacientes diabéticos da área adscrita, identificando quais não aderem de forma correta ao tratamento.
- Detectar as causas de não aderência ao tratamento.
- Aumentar a adesão ao tratamento.
- Capacitar toda a equipe de saúde para detectar pacientes de risco e atuarem de forma conjunta para melhorar qualidade de vida desses pacientes.
- Aumentar taxa de controle da Diabetes Mellitus, evitando assim suas complicações.

3.6 Avaliação

Após a realização da intervenção proposta e seguimento de todo o cronograma, será necessário verificar sua eficácia. Para avaliar o nível de esclarecimento da doença será aplicado um questionário à população alvo após realização das palestras educacionais sobre Diabetes. A avaliação do controle da doença e adesão ao tratamento será realizada a partir do acompanhamento contínuo dos pacientes diabéticos através de consultas médicas e exames laboratoriais periódicos e controle mensal de glicemia capilar em jejum realizada pelo enfermeiro. Com a detecção do aumento na taxa de pacientes com a doença bem controlada e diminuição de complicações, poderemos considerar uma intervenção eficaz.

4. CONCLUSÃO

O Diabetes Mellitus é uma doença freqüente e que ocupa lugar de destaque pelo caráter crônico e complicações da doença que acarretam prejuízo na qualidade de vida do paciente. A adesão ao tratamento é fator decisivo para manter o nível glicêmico dentro da normalidade e assim evitar as complicações agravadas pelo mau controle da doença, como evidenciado no presente trabalho.

A adesão ao tratamento é um fator que deve ser constantemente estimulado e necessita do desempenho do paciente assim como dos profissionais de saúde que o assistem. Dessa forma, a elaboração deste trabalho com a criação de ações concretas e de fácil realização para aumentar as taxas de adesão dará maior suporte ao profissional e resultará em benefícios ao paciente portador da doença melhorando sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus. 1 ed. Brasília, 2013.
2. FARIA, H. T. G. *et al* . Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v.48, n.2, p.257-263, Apr. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200257&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Jan. 2016.
3. GIMENES, H. T.; ZANETTI, M. L.; HAAS, V. J.. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 17, n. 1, p. 46-51, Feb. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Jan. 2016.
4. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013-2014. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br>>
5. PASQUALOTTO, K. R., ALBERTON, D.; FRIGERI, H. R.. *Diabetes mellitus e Complicações. Journal of Biotechnology and Biodiversity*. v.3, n.4, p134-145, nov, 2012.
6. GROSS, J.L.; NEHME, M.. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo , v. 45, n. 3, p. 279-284, July 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301999000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Jan. 2016.
7. TSCHIEDEL, B. Complicações crônicas do diabetes. *JBM*. v. 102, n.5, Setembro/Outubro, 2014