



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

THIAGO SEIDI DOHO

DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: PROJETO DE
INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO DOS PACIENTES AO TRATAMENTO.

SÃO PAULO
2020

THIAGO SEIDI DOHO

DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO DOS PACIENTES AO TRATAMENTO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família

Orientação: VALERIA MASTRANGE PUGIN

SÃO PAULO
2020

Resumo

O Diabetes Mellitus é uma doença crônica de grande problema de saúde mundial devido a sua alta incidência e prevalência, além das comorbidades, sendo uma das causas mais frequentes de mortes e complicações. A equipe de saúde do município de São Francisco - SP realizou um levantamento dos principais problemas, sendo identificado a má adesão ao tratamento de DM como o problema que mais necessitava atenção. Foi elaborado plano de intervenção com o objetivo de melhorar a adesão da comunidade ao tratamento da diabetes. O tratamento é passível de intervenções, sendo possível a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento com intuito de evitar novos casos e reduzindo complicações e a equipe de Estratégia de Saúde da Família tem papel fundamental nesse ponto. A elaboração do plano de intervenção foi de grande importância para que a equipe pudesse ter conhecimento da atual situação dos problemas presentes da população e apresentar estratégias para sua possível solução.

Palavra-chave

Tratamento Farmacológico. Relação Médico-Paciente. Promoção da Saúde. Prevenção de Doenças. Pé Diabético. Infecções Bacterianas e Micoses. Equipe Multiprofissional. Envelhecimento Saudável. Educação Alimentar e Nutricional

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Uma das funções primordiais da Unidade Básica de Saúde (UBS) é estabelecer estratégias de promoção e prevenção em saúde, estabelecendo vínculos entre a equipe de saúde e os usuários, com intuito de melhorar a adesão ao tratamento e aumentar a qualidade de vida, a fim de evitar complicações sistêmicas da doença a longo prazo.

Muitos pacientes diabéticos da área de abrangência da UBS se apresentam com quadros clínicos não-controlados com o tratamento farmacológico em curso, como infecção do trato urinário de repetição, diminuição da acuidade visual, neuropatia diabética e o pé diabético, visto que, mesmo sendo realizadas reuniões e reavaliação em grupo por micro-área, com períodos trimestrais para controle, troca de tratamentos e orientações gerais.

No entanto, foram observados que os pacientes em questão, apresentam baixa adesão ao tratamento devido a doença ser assintomática e por não terem conhecimentos sobre a gravidade e complicações da doença.

ESTUDO DA LITERATURA

O Diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica endócrino-metabólica de etiologia heterogênea, que envolve diversos fatores como: genéticos, biológicos e ambientais, caracterizada por hiperglicemia, resultante de falha na secreção ou na ação da insulina. Brito e Volp (2008) refere que à cronicidade dessa disfunção, impossibilita o organismo de digerir e aproveitar os alimentos, com vistas à produção de energia necessária para a vida. (MELMED et al., 2016)

No que diz respeito à classificação, tem-se duas formas principais de diabetes mellitus denominadas de Tipo 1 (DM 1) e Tipo 2 (DM 2). Associam-se a essas formas os intolerantes à glicose, o diabetes gestacional e o diabetes originado por distúrbio endócrino-pancreáticos. (BRITO E VOLP, 2008)

A Diabetes pode evoluir com complicações agudas como à hipoglicemia, cetoacidose diabética, síndrome hiperosmolar, hiperglicêmica não cetótica e as crônicas como as microvasculares (retinopatia, nefropatia, neuropatia) e as macrovasculares (doença arterial coronariana, arterial periférica e cerebrovascular) (MELMED et al., 2016).

O Diabetes tipo 1 corresponde de 5 à 10% dos casos, sendo decorrente da diminuição ou ausência de produção na secreção de insulina devido a destruição de células pancreáticas. A doença autoimune é o mais comum, porém em alguns casos a causa ainda é desconhecida, determinando à forma idiopática de DM tipo 1. A forma é mais comum normalmente ocorre mais em crianças, pela rápida destruição de células beta pancreáticas nessa faixa etária e com início geralmente abrupto (SBD, 2013-2014).

O Diabetes tipo 2 corresponde de 90 à 95% dos casos, sendo a mais frequente e ocorre devido a diminuição da ação e secreção de insulina. Pode ser encontrada em qualquer idade, porém é a forma mais comum em adultos, principalmente após a quarta década de idade. A evolução da doença costuma ser lenta e gradual, com o aparecimento da patologia antecipada por estágios de tolerância à glicose diminuída (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013-2014).

A Diabetes Gestacional é caracterizada por qualquer intolerância à glicose com diagnóstico ou início no período gestacional. Ocorre entre 1-14% das gestações, na qual eleva a taxa de complicações perinatais. Ela pode evoluir com normoglicemia após o parto, porém há risco de 10 a 63% de desenvolver DM2 posteriormente, devendo essa gestante ser avaliada após o parto e reclassificada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013-2014).

Outros tipos de DM estão presentes nessa classe os tipos menos comuns de diabetes, como falhas genéticos na função das células beta do pâncreas, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino e outras condições (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013-2014).

O diagnóstico laboratorial do diabetes mellitus (DM) pode ser feito por meio de glicemia de jejum, glicemia de 2 horas após teste oral de tolerância à glicose (TOTG) e hemoglobina glicada (HbA1c)(SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013-2014).

Em 2015, a doença Diabetes Mellitus(DM) atingia torno de 8,8% da população adulta mundial com idade de 20 a 79 anos (WHITING et al., 2011) para 2040 a estimativa é que atingirá

torno de 13,6% da população mundial, dessa faixa etária (SBD, 2017-2018). Atualmente, cerca de 75% dos casos de DM encontra-se em países em desenvolvimento e a estimativa é que nesses países deverá ocorrer um aumento do número de casos da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017-2018).

No Brasil, os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE de 2013 demonstraram uma prevalência de DM por autorrelato de 6,2%. A taxa ainda maior chega a 9,6% entre indivíduos sem orientação ou com a escolaridade incompleta. A maior parte desses dados não é possível identificar se o indivíduo tem Diabetes Mellitus tipo 1(DM1) ou Diabetes Mellitus do tipo 2(DM2), mas sabe-se que em torno de 90% destes doentes, correspondem as pessoas com DM2 (MELMED et al., 2016). A incidência de DM1 é alta comparada com a variação global (KARVONEN et al., 2000) e no Brasil, estima-se que ocorram torno de 25,6 casos por 100.000 pessoas por ano, o que é considerado uma incidência elevada (NEGRATO et al., 2017)

O Ministério da Saúde, orienta que inicie o tratamento medicamentoso para o paciente diagnosticado com DM2 terapia com metformina caso não obtenha o controle glicêmico através das intervenções no estilo de vida e da dose máxima tolerada de metformina, outros medicamentos devem ser adicionados, recomendando-se medicamentos da classe das sulfoniluréias ou insulina. Caso novamente o paciente não venha alcançar o controle glicêmico por meio de mudanças no estilo de vida, fazendo o uso de metformina, sulfoniluréias e insulina, recomenda-se intensificar a insulino terapia. O tratamento com insulina deve ser pleno ou temporário, sendo restrito aos os casos com glicemia > 300mg/dL (BRASIL, 2013)

A falta de adesão ao tratamento da DM2 deve ser considerada mediante ao diagnóstico e o planejamento terapêutico, pois é de extrema importância para a prevenção das complicações causada por esta síndrome. Como trata-se de uma doença que frequentemente não apresenta sinais e sintomas de imediato, alguns pacientes podem não aderir corretamente à terapia proposta pela equipe de saúde. Outro motivo que dificulta a esta adesão, é o fato de incluir mudança no seu hábito de vida. Além disto, o tratamento visa apenas a profilaxia das complicações, e não à cura definitiva da doença, desmotivando assim os pacientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007)

Os pacientes que apresentam Diabetes Mellitus dificilmente aderem ao tratamento proposto pelos profissionais de saúde, sendo que as taxas de não adesão costumam variar de 40-90% (GONDER-FREDERICK et al., 1988) . Identificar se o paciente segue as prescrições e orientações é ponto fundamental para garantir se realmente este doente crônico está compreendendo a gravidade da patologia e se ele está tendo acesso às informações (ANTUNES, 2006).

O conhecimento sobre o autocuidado no diabetes mostrou que as dificuldades na adesão ao tratamento dos pacientes portadores de doenças crônicas podem ser minimizadas através da forma em que os profissionais de saúde se sociabilizam com os doentes, e que características pessoais dos mesmos devem ser levadas em conta. Diferente da maneira tradicional de comunicação, baseada em uma relação desigualdade, na qual o profissional da saúde assume a condição de detentor do conhecimento e o transmite ao paciente que acaba se sentindo inferior e incapaz de opinar nas suas queixas e no seu procedimento de cura e obrigado à obedecer as orientações mesmo sem ter condições de realizá-las ou entendê-las.

O mesmo estudo mostra opções para se obter uma maior participação do paciente no seu tratamento, que seria a “potência de ação coletiva”, que depende da interação de um grupo, cujo o objetivo é produzir, trocar e utilizar conhecimentos sobre a doença e seu tratamento (CYRINO, 2009).

Muitos consideram que a mudança do estilo de vida, dos fatores de risco modificáveis, como alimentação, sedentarismo, tabagismo, dislipidemias, obesidade, pressão arterial, entre outros, é base do tratamento e controle das doenças cardiovasculares.

Especialmente em relação à dieta, muitos estudos têm destacado sua associação com o controle de fatores de risco para as doenças arteriais coronarianas e, portanto, com a profilaxia e controle das mesmas (DANSINGER et al., 2005). Para tanto, os processos educacionais são tidos como a chave nas intervenções profiláticas no âmbito coletivo, particularmente aqueles que têm evoluído de uma relação médico-paciente para uma comunicação em que o profissional de saúde compartilha seus conhecimentos e o paciente passa de uma atitude passiva para outra ativa e responsável (ARÁUZ et al., 2001).

Alves (2005, p.43) diz que o processo educacional em saúde é um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido “(...) intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida dos pacientes (...) para acolhimento de novos hábitos e condutas de saúde”. A pedagogia em saúde ganha uma perspectiva conceitual ampliada quando associada à proposta de promoção de saúde.

Para Weare (2002), a educação em saúde é um elemento essencial para a sua realização. Há pessoas que não concordam dessa propriedade da educação como estratégia para a promoção em saúde.

Sob os processos educativos, encontram disponíveis na literatura, técnicas teóricas relacionadas aos modelos do conhecimento-atitude-prática; da motivação; do aprendizado social; do processamento de informação para o paciente; do planejamento de comunicações; da ação social e comunitária; da difusão de informações e modelos integrados. A maioria apontam a complexidade da mudança do comportamento alimentar, a interação dinâmica entre as variáveis relacionadas e a importância de um processo planejado sistematicamente, visando à elaboração de intervenções eficazes (CERVATO et al., 2004).

Reflexões críticas sobre ideias e comportamentos da educação em saúde estão registradas em ensaios sobre o tema (ALVES, 2005) e num campo mais restrito de publicações encontram-se profissionais que investigam os efeitos da intervenção educativa entre diabéticos e hipertensos, avaliando o fruto da educação em saúde (SILVA et al., 2006) e/ou particularizando a questão da educação alimentar e nutricional para esse grupo (ALMEIDA-PITITTO, 2009).

É objetivo básico do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da Estratégia da Saúde de Família (ESF) efetivar o processo do cuidado integral à saúde (BRASIL, 2013). A principal missão do ESF é organizar a prática da atenção à saúde em diferentes bases e modificar o modelo tradicional, levando a saúde mais próximo da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população (COSTA et al, 2012). Desta forma, esse Projeto de intervenção pretende implementar ações, desde consultas mais frequentes, conforme a gravidade de cada caso, até atividades educativas e de promoção à saúde, para a melhoria à adesão ao tratamento

dos pacientes diabéticos,

Na esfera das políticas públicas, a repercussão da morbimortalidade devido a doenças cardiovascular na população brasileira impõe que o Sistema de Saúde garanta, no universo político-operacional, o acompanhamento e a assistência sistemática dos pacientes identificados como portadores desses agravos. Isso nos remete ao que tem sido considerado o grande desafio do SUS: reorientar as práticas de atenção à saúde, garantindo às pessoas o acesso universal, integral e equânime a uma rede de serviços resolutivos (BARRETO e CARMO, 2007).

A escolha do tema Diabetes Mellitus é devido a sua importante e crescente problema de saúde em todos os países, independente do grau de desenvolvimento, na qual, de acordo com a Federação Internacional de Diabetes, das faixas etárias de 20-79 anos(429 milhões de pessoas) vivia com diabetes em 2017 e com previsão de aumento do número da doença a cada ano. Portanto esse estudo trás um projeto de intervenção afim de melhorar a adesão ao tratamento farmacológico e orientar quanto a importância da educação alimentar, para que possa frear ou diminuir os números de casos novos.

AÇÕES

Para a implementação do projeto de intervenção para a melhoria da adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos, contaremos com a equipe de saúde e infraestrutura da UBS/PSF da cidade de São Francisco, SP, composta por um médico da estratégia da saúde em família, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e sete agentes comunitária de saúde.

Serão iniciadas consultas direcionadas para os pacientes mais críticos conforme protocolo de risco cardiovascular em tratamento da Diabetes Mellitus Tipo 1 e tipo 2, no qual serão identificados em reuniões em grupos já realizado pela equipe de saúde de quatro em quatro meses no qual consiste em paciente controlados e os não-controlados.

Essas consultas serão agendadas semanalmente para reavaliação dos doentes crônicos, na qual serão realizados exames laboratoriais periódicos frequentes, como glicemia de jejum, hemoglobina glicada, função renal e encaminhamentos para oftalmologia para avaliação de fundo de olho, além de mudança de posologia e ou medicamentos orais e ou injetáveis se necessários.

Temos por objetivo, melhorar a exposição sobre a patologia e os riscos das complicações causadas por ela; construir um vínculo e estabelecer uma confiança da população

Associar terapias com auxílio da equipe do NASF, como a nutricionista e psicólogos, no qual poderão contribuir para que o paciente entenda a necessidade de seguir corretamente o tratamento proposto, levando informações sobre hábito de vida saudável e alimentar.

O médico deve olhar o paciente como um ser único e complexo, ressaltando para ele a importância das medidas preventivas, complicações da doença e quais serão os benefícios do tratamento proposto. Além disso, manter a relação médico-paciente para que eles possam relatar os pontos em que são mais resistentes ao tratamento e observar os pontos em que o doente é mais receptivo e aberto para que possa adaptar ao tratamento conforme suas necessidades.

Introduziremos nos grupos dos diabéticos, com auxílio dos demais profissionais da saúde palestras e orientações sobre a doença, educação alimentar, importância da perda de peso, importância da atividade física para controle da doença crônica e assim evitar futuras complicações causadas por ela.

RESULTADOS ESPERADOS

O resultado esperado é montado em quatro pilares, sendo elas: Informação adequada sobre a doença e seu tratamento; Melhora nos hábitos de vida; Proporcionar qualidade da assistência; Contextos Sociais.

Desta forma espera-se orientar e informar os pacientes sobre a patologia e os riscos das complicações que é causada por ela, estabelecer um vínculo e construir uma relação de confiança da população e diminuir o número de pacientes não aderentes ao tratamento.

Obter resultados na melhoria nos hábitos de vida saudáveis dos pacientes conforme orientado pela equipe multidisciplinar de saúde, como queda de consumo de produtos inapropriados para o diabetes mellitus e início de atividades físicas diárias.

Quanto a qualidade da assistência, é esperado que os pacientes mantenham as presenças em reuniões a cada 4 meses e que os paciente descontrolados e de maior risco cardiovascular continuem a frequentar as consultas com prioridade para que consiga manter o tratamento controlado.

Os contexto sociais serão observados pela equipe de saúde conforme a não participação de reuniões e consultas de reavaliação afim de descobrir os fatores que estão levando os pacientes a não aderência ao tratamento.

Espera-se que todo esse projeto de intervenção possa melhora a qualidade de vida dos pacientes com doença crônica como a diabetes mellitus, na qual é uma doença que vagorosamente diminui o tempo de vidas das pessoas.

REFERÊNCIAS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de diabetes. 2017-2018 São Paulo: 2017.. Disponível em:

<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>
<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde .Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 18 de Março de 2020

BRASIL. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus. Brasília, DF, 2013. (Caderno da Atenção Básica n. 36). BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia

CHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet, London, 9 maio, 2011.