



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



Manuel Noa Marrero

***Aderência do tratamento em pacientes diabéticos:***  
**Uma proposta de ação**

Rio de Janeiro  
2015

Manuel Noa Marrero

***Aderência do tratamento em pacientes diabéticos:***  
**Uma proposta de ação**

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

Orientadora: Juliana Montez Ferreira

Rio de Janeiro

2015

## RESUMO

Este estudo teve o objetivo de determinar a adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa e verificar a associação da adesão, segundo os fatores referentes ao paciente, ao relacionamento profissional-paciente, ao esquema terapêutico e à doença. Participaram 734 diabéticos cadastrados na unidade de saúde São Francisco, Cariacica, ES. Os dados foram obtidos mediante entrevista, utilizando-se questionário e o teste de Medida de Adesão ao Tratamento. Os resultados mostraram que a adesão do paciente diabético ao tratamento medicamentoso para o diabetes foi de 78,3%. Conclui-se que, ao se considerar que a prevalência da adesão obtida no presente estudo está abaixo daquela recomendada na literatura, se torna urgente reconhecer a importância da mensuração da adesão dos pacientes diabéticos em tratamento medicamentoso, para o controle do diabetes pelos profissionais de saúde, na vigência de mau controle glicêmico e de suposta falência no esquema terapêutico.

Descritores: Diabetes mellitus; Aceitação pelo paciente de cuidados de saúde; Atenção Primária à Saúde.

## SUMÁRIO

1. <b>INTRODUÇÃO</b> .....	3
1.1 Situação Problema .....	5
1.2 Justificativa .....	6
1.3 Objetivos .....	7
Objetivo Geral .....	7
Objetivo Específico .....	7
2. <b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	8
3. <b>METODOLOGIA</b> .....	10
3.1 Desenho da Operação .....	10
3.2 Público-alvo .....	10
3.3 Parcerias Estabelecidas .....	10
3.4 Recursos Necessários .....	10
3.5 Orçamento .....	11
3.6 Cronograma de Execução .....	11
3.7 Resultados Esperados .....	11
3.8 Avaliação .....	11
4. <b>CONCLUSÃO</b> .....	12
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	13

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho é parte da conclusão do curso de especialização de saúde na família da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde em parceria com a Universidade Estadual do Rio de Janeiro. A quantidade de pacientes que são atendidos na unidade de saúde São Francisco, a alta incidência de pacientes diabéticos e a baixa adesão ao tratamento medicamentoso após três meses da primeira consulta médica foram as motivações para fazer este estudo.

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica e degenerativa sendo um dos principais problemas mundiais de saúde. Anualmente surgem novos estudos sobre o método diagnóstico e o seu tratamento medicamentoso e não medicamentoso. O principal objetivo do tratamento para DM é o controle da glicemia. (BLANCA.2001)

O Brasil assiste, desde a década de 1960, sua transição demográfica e epidemiológica caracterizada pelo envelhecimento populacional e pelo aumento das doenças crônico-degenerativas. Entre as doenças crônicas, o Diabetes Mellitus (DM) destaca-se como uma das mais frequentes, configurando-se hoje como epidemia mundial, representando grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. (CADERNO DE ATENCAO BASICA.2006)

A DM é uma doença conhecida desde a antiguidade. Os egípcios documentaram as primeiras descrições há três mil anos e o descreveram como uma enfermidade que se caracteriza por uma abundante emissão de urina. Nos séculos V e VI, médicos indianos já mencionaram que a urina de pacientes com diabetes era adocicada, comprovando o fato pela observação de formigas e outros insetos que eram atraídos pela urina desses pacientes.(COSTA.1992)

Atualmente, a doença pode ser definida como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo de lipídios e de proteínas. Dentre seus vários tipos, destaca-se o DM tipo 2, que corresponde a cerca de 90 a 95% dos casos e associa-se a uma forte predisposição genética aliada a fatores ambientais e ao

estilo de vida do indivíduo, aparecendo geralmente na idade adulta. (GUIA DE DIAGNOSTICO.2007)

O comprometimento significativo da qualidade de vida é frequentemente relacionado ao DM, uma vez que, com a glicemia desregulada, várias complicações micro e macrovasculares podem ocorrer. As complicações tardias podem atingir órgãos vitais, como a retinopatia diabética, alterações cardiovasculares, alterações circulatórias e neurológicas. Em relação à retinopatia diabética, esta pode ir desde uma turvação da visão até a presença de catarata, descolamento da retina, hemorragia vítrea e cegueira. Os problemas cardiovasculares, muitas vezes, estão associados à obesidade e tabagismo, que pode precipitar o Infarto Agudo do Miocárdio, a Insuficiência Cardíaca Congestiva e as arritmias. As alterações microvasculares podem ocasionar lesões no membro inferior, acarretando o problema denominado “pé diabético”. Além disso, pode ocorrer a neuropatia diabética, com diminuição da sensação tátil e térmica, dentre outras complicações. (SOCKETT.2005)

Nesse sentido, o tratamento do paciente portador de diabetes é de suma relevância para evitar manifestações de outras comorbidades e deve incluir tanto medidas medicamentosas quanto não-medicamentosas que visem alcançar o equilíbrio metabólico, procurando tornar os níveis de glicemia, de pressão arterial e o peso o mais próximos dos parâmetros estabelecidos. Entretanto, o maior desafio para o controle da síndrome é manter a glicemia dentro de parâmetros adequados. O controle glicêmico almejado é a glicemia de jejum menor que 126 mg/dl e a hemoglobina glicosilada menor que 7%, além da Pressão Arterial e o peso mais próximo dos parâmetros estabelecidos. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION.2008)

No Brasil, a prevalência do diabetes em 1980 era de aproximadamente 8% da população adulta (30 a 69 anos de idade) residente em áreas urbanas. Com base nessa estimativa, pôde-se esperar um quantitativo de cerca de 5,5 milhões de indivíduos diabéticos no país. Hoje, acredita-se que cerca de 5% da população brasileira sofra dessa moléstia que afeta 12% dos indivíduos na faixa analisada no estudo. (COSTA.1992)

Atualmente se conhece os efeitos preventivos benéficos de um bom controle metabólico, bem como as principais complicações crônicas desta doença. Como se trata de uma patologia que frequentemente se apresenta

inicialmente de forma assintomática e seu tratamento incluí mudanças de estilo de vida, a adesão terapêutica se torna mais difícil. Além disso, o tratamento visa apenas prevenção das complicações, e não a cura definitiva, desmotivando os pacientes. (GARDUNO.2002)

O paciente diabético apresenta risco aterogênico elevado e uma maior mortalidade que a população em geral, frequentemente se associam à distintos fatores de risco cardiovasculares. Existem numerosas evidências da relação entre o grau de controle glicêmico, as complicações macro vasculares e a mortalidade. (LOPES.2004)

A maioria dos pacientes com diabetes tipo II está acima do peso ou tem obesidade, com isso aumenta a resistência à insulina, assim não se alcança um adequado controle metabólico, dessa forma os pacientes vem precisando de outros medicamentos hipoglicemiantes. Esta combinação facilita o aparecimento negativo dos remédios, levando o paciente ao abandono do tratamento. (PAIVA. 2006)

A combinação de diabetes mellitus com outras doenças crônicas e o incremento do consumo de medicamentos predispõe aos sintomas negativo sendo um fator que se deve levar em conta ao abandono do tratamento.

A educação do paciente diabético, a família e a comunidade são primordiais na prevenção, controle da doença e suas complicações. As medidas de prevenção e promoção de saúde são vitais mediante atuação na mudança de estilo de vida da comunidade em geral e adesão terapêutica dos pacientes com DM. (TOSCANO.2004)

### **1.1 Situação-problema**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) de São Francisco fica localizada no município de Cariacica, Espírito Santo. Nossa equipe tem como área de abrangência o bairro São Francisco com uma população de 6412 pacientes de baixa renda e deficiente educação sanitária.

Existe uma alta prevalência de pacientes diabéticos. 734 pacientes cadastrados na unidade com irregularidade em seu controle da glicemia e dificuldade na adesão ao tratamento, a maioria apresenta hábitos e estilos de

vida poucos saudáveis e mostram escassos conhecimentos de como manejar o controle da doença.

Foi observado durante o período de consulta, agendadas em 8 meses de assistência prestada, que um grupo de pacientes não tem controle da doença apresentando algumas complicações por aparentemente não aderirem ao tratamento. Ao serem interrogados os pacientes relatam que os remédios provocam reações muito incomodas e resulta na difícil aplicação de insulina em forma de injeção diariamente.

## **1.2 Justificativa**

A alta incidência de pacientes diabéticos e a baixa adesão ao tratamento medicamentoso após três meses da primeira consulta médica na UBS São Francisco observado por nossa equipe mostra a importância de intervir para diminuir a taxa de abandono e fazer mudanças em seus hábitos e estilos de vida.

Como citado anteriormente o controle da glicemia está diretamente relacionado com a mortalidade e as complicações vasculares da DM. As complicações podem levar a morbidades que elevam o custo para a saúde e para a previdência assim como interferem na dinâmica familiar. Podemos citar amputações, insuficiência renal, cegueiras, coronariopatias e as internações possivelmente evitáveis com um bom controle glicêmico. (GARDUNO.2002)

Porém se demonstra que a população de nossa área de abrangência precisa de uma proposta de educação e conscientização em saúde para contribuir com seu tratamento aumentando o controle das taxas de glicemia.



### 1.3 Objetivos

- *Objetivo geral*

Aumentar o controle glicêmico da população portadora de Diabetes Mellitus assistida pela equipe da UBS São Francisco.cariacica.ES

- *Objetivos específicos*

- Motivar os pacientes para mudança de estilo de vida e aderência ao tratamento medicamentoso;
- Melhorar a assistência da equipe da UBS São Francisco aos pacientes com DM;
- Diminuir a longo prazo as complicações e a morbimortalidade causadas pela DM.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Define-se adesão ao tratamento com a conduta do paciente que coincide com a prescrição médica a fim de tomar os medicamentos. Entre os fatores de não aderência de pacientes diabéticos ao tratamento é fundamentalmente encontrar o baixo grau de escolaridade e a falta de informação sobre a doença. Outros fatores como o consumo de chá pode modificar o tratamento e o controle metabólico substituindo o remédio por esta prática ou diminuindo a dosagem. Assim como a aparição dos efeitos indesejáveis com o uso da medicação é: cólica, dor abdominal, epigastralgia, diarreia, influenciam na adesão. (TOSCANO.2004)

Por esse motivo, a adesão é muito mais do que simplesmente cumprir determinações do profissional de saúde, pois se entendida dessa maneira, supõe-se que o paciente não tenha autonomia, sendo completamente excluído do controle do seu estado de saúde, cabendo esse papel, exclusivamente, ao profissional da saúde. A realidade é que, no processo de adesão, os pacientes devem ter autonomia e habilidade para aceitar, ou não, as recomendações dos profissionais de saúde, tornando-se participantes ativos no processo de saúde

Existem diversas técnicas para avaliar a adesão ao tratamento. Como a contagem dos medicamentos ou a quantia destes no sangue ou urina. (ASSUNCAO. 2002)

Há muitas variáveis que podem influenciar a adesão, e não há consenso acerca de qual tem maior influência na adesão ao tratamento. Dentre os fatores, pode-se pensar primeiramente na falta de acesso ao medicamento. Descartando-se essa possibilidade, existem quatro grandes grupos de fatores implicados na adesão ao tratamento medicamentoso: aqueles atribuídos ao paciente, à relação profissional-paciente, ao esquema terapêutico e à doença. (BLANSKI.2005)

Os familiares podem contribuir para que a adesão e a implantação das terapias sejam aceitas pelos pacientes. Uma vez que os familiares podem auxiliá-los a administrar os medicamentos, incentivar a prática de atividade física e o controle alimentar, reduzindo os fatores de risco para a não adesão ao tratamento.

Em nossa sociedade a aderência ao tratamento médico é um problema muito importante que afeta mais da metade dos pacientes, fatores que favorecem nestas situações são as boas relações médico paciente, prescrições corretas, a dedicação do médico para explicar a importância do tratamento seu benefício e risco, efeito

secundário e residual. Os aspectos importantes para que os pacientes não abandonem o tratamento são:

- Informações corretas sobre o efeito do medicamento;
- Quais dos sintomas que melhoram e quando;
- Quais os sintomas que o apresentam quando tomam o medicamento;
- Comprovar que as indicações sejam bem esclarecidas e o paciente entender a informação que é dada pela equipe de saúde.

O programa de educação deve conter objetivos claros, realistas, acessíveis, impactado com o paciente. A linguagem precisa ser clara e adequada a capacidade do paciente. Inicialmente as intervenções educativas serão frequentes, até alcançar a implementação do programa educativo básico e posteriormente fazer reforços periódicos. É conveniente a implementação de um cuidador, quando existe limitações na autonomia do paciente. (PACE.2003)

Constatam-se, atualmente, inúmeros esforços dos pesquisadores e dos profissionais de saúde para a compreensão da falta de adesão ao tratamento medicamentoso, mas esse é um desafio ainda a ser alcançado, pois os mecanismos envolvidos no comportamento dos indivíduos são complexos. É preciso aprofundar os estudos acerca dessa temática para compreender quais são os comportamentos facilitadores e/ou dificultadores imbricados na adesão à terapêutica medicamentosa.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Público-alvo**

As ações envolvem os 734 pacientes diabéticos cadastrados na equipe da UBS São Francisco, Município Cariacica, Estado Espírito Santo.

#### **3.2 Desenho da operação**

Etapa 1 – Capacitação da equipe de saúde que atuará no processo educativo.

Etapa 2 – Convocar os pacientes diabéticos cadastrados para fazer conscientização da aderência ao tratamento em distintos momentos por micro área de saúde.

Etapa 3 – Realizar reuniões mensais na unidade básica de saúde para a equipe básica de atenção em pacientes diabéticos, a fim apresentar normas contendo a educação sobre diabetes com o método das aulas Expositivas dialogadas

Etapa 4 – Acompanhar os pacientes em consultas médicas de três em três meses, para o controle de aderência ao tratamento.

#### **3.3 Parcerias Estabelecidas**

Secretaria Municipal de Cariacica.

#### **3.4 Recursos Necessários**

Serão necessários recursos humanos. Que são os profissionais da equipe da UBS São Francisco. Médico, enfermagem, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e recursos materiais como materiais de escritório e auditório.

### **3.5 Orçamento**

Os recursos utilizados já existem na unidade de saúde não sendo necessário orçamento adicional.

### **3.6 Cronograma de execução**

2014- Setembro- Outubro. Elaboração de projeto  
2014 Outubro- Novembro. Identificação da população  
2014 Novembro- Dezembro. Estudo do referencial teórica  
2015 Janeiro. Implementação do projeto  
2015 Julho. Analise dos resultados  
2015 Agosto. Divulgação dos resultados

### **3.7 Resultados esperados**

As atividades desenvolvidas possibilitarão uma redução do número de pacientes que abandonam o tratamento na área de abrangência na UBS São Francisco localizada no Município Cariacica.ES. O paciente terá maior conscientização sobre a importância de realizar corretamente o tratamento médico e controle glicêmico e assim evitará as complicações que traz a doença.

### **3.8 Avaliação**

A avaliação será feita por meio de consultas trimestrais onde se verificará o controle glicêmico e as dificuldades de adesão. De forma qualitativa durante as reuniões de equipe trazendo as impressões de cada profissional e também durante os grupos educacionais pedindo uma avaliação do encontro pelos pacientes envolvidos.

#### **4. CONCLUSÃO**

O estudo, entretanto, contribui na medida em que salienta a importância de elaborar futuros programas que contribuam para o desenvolvimento de padrões de comportamento de adesão ao tratamento, o que proporcionará melhores controles glicêmicos, melhora na qualidade de vida destes pacientes, assim como redução de custos para o sistema único de saúde.

## REFERÊNCIAS

- Blanca R. No apego al tratamiento farmacológico em paciente com diagnostico de diabetes mellitus tipo2. *Salud publica mex.* 2001;43(3):233-6.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Caderno de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus.16. Brasil: MS, 2006.
- Costa AA, Silva Neto J. Manual de Diabetes. São Paulo: Sarvier; 1992.
- Asociacion latinoamericana de diabetis mellitus guia de diagnostico, control y tratamiento diabetis mellitus tipo2; 2007.
- Sockett Ayuda a los pacientes diabético a cumplir El tratamiento medico epidemiologia clinica para medicina clinica. Buenos Aires: 2ª ed; 2005.
- American diabetes association position statemen diagnostico and clasification of diabeti mellitus USA. 2008; 31(1):15-9
- Garduno J. Frecuencia y factores de riesgo asociados al incumplimiento terapêutico diabetis mellitus tipo 2. *Reinvestclin.* 2002;44:235-40.
- Lopes FAM, Oliveira FA. Fatores de risco para o desenvolvimento do pé diabético em sujeitos atendidos pelo programa saúde da família (PSF). *Patge*, 2004;9:154-166.
- Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 2006; 22:377-85.
- Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciênc & Saúde Coletiva*, 2004;9: 885-95.
- Assunção MCF, Santo IS, Costa JSD. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul. *Caderno de Saúde Pública*,2002;18:205-11.
- Blanski CRK, Lenardt MH. A Compreensão da Terapêutica Medicamentosa pelo Idoso. *Rev Gaúcha de Enferm*, 2005;26:180-8.
- Pace AE, Nunes PD, Ochoa-Vigo K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. *Rev Latino-americana de Enferm*, São Paulo, 2003;11:312-19.