

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

DANDARA SANTOS

**DIABETES MELLITUS TIPO 2: PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA
CONSCIENTIZAÇÃO DA NECESSIDADE E IMPORTÂNCIA DA ADESÃO AO
TRATAMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) DE APORÁ - BAHIA**

Aporá – Bahia

2024

DANDARA SANTOS

**DIABETES MELLITUS TIPO 2: PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA
CONSCIENTIZAÇÃO DA NECESSIDADE E IMPORTÂNCIA DA ADESÃO AO
TRATAMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) DE APORÁ - BAHIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
Medicina da Família e Comunidade,
Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Laura de Almeida
Botega

Aporá – Bahia

2024

DANDARA SANTOS

**DIABETES MELLITUS TIPO 2: PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA
CONSCIENTIZAÇÃO DA NECESSIDADE E IMPORTÂNCIA DA ADESÃO AO
TRATAMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) DE APORÁ - BAHIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Medicina da Família e Comunidade, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Laura de Almeida Botega.

Banca examinadora:

Professora Maria Fernanda Mileski, Mestre em Comunicação pela Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Professora Laura de Almeida Botega, Doutora em Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (UFMG/Cedeplar).

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**ATA DA AVALIAÇÃO FINAL PÚBLICA
DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Curso: ESPECIALIZAÇÃO MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - CEMFC

Candidato(a): Dandara Jesus dos Santos

Título do Trabalho: "Diabetes Mellitus Tipo 2: Projeto de Intervenção para Conscientização da Necessidade e Importância da Adesão ao Tratamento na Unidade de Saúde da Família (USF) de Aporá - Bahia"

Comissão Examinadora:

Orientador(a): Laura de Almeida Botega

Avaliador(a): Maria Fernanda Mileski de Paula

Aos 23 dias do mês de outubro de 2024, a Comissão Examinadora, aprovada pela Comissão Coordenadora do Curso de Especialização Medicina de Família e Comunidade – CEMFC, reuniu-se por videoconferência para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do candidato, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. O TCC foi considerado aprovado e o resultado final foi comunicado publicamente ao candidato. Esta ata está assinada por todos os membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 24 de outubro de 2024



Documento assinado digitalmente
LAURA DE ALMEIDA BOTEGA
Data: 24/10/2024 11:41:28-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

<Laura de Almeida Botega>

ORIENTADOR(A)



Documento assinado digitalmente
MARIA FERNANDA MILESKI DE PAULA
Data: 24/10/2024 11:34:20-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

< Maria Fernanda Mileski de Paula >

AVALIADOR(A)

Belo Horizonte, 24 de outubro de 2024

NESCON - Faculdade de Medicina / UFMG
Rua Prof. Alfredo Balena, nº190, 7º andar
Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG CEP: 30130-100
Tel. (31) 3409-9673 / Fax: (31) 3409-9675
www.nescon.medicina.ufmg.br
nescon@medicina.ufmg.br

RESUMO

O diabetes mellitus (DM) é uma condição grave e crônica em que ocorre níveis elevados de glicose no sangue. Nessa condição, o corpo não tem capacidade de produzir insulina ou não consegue utilizá-la de forma efetiva. O não controle do DM é marcado pelo surgimento de complicações crônicas, que são responsáveis por expressiva morbimortalidade. Dessa forma, faz-se muito importante o controle adequado sobre o DM, a fim de reduzir as complicações que eventualmente possam surgir. A partir da observação de diversos casos de abandono ao tratamento na Unidade Básica de Saúde José Barros Evangelista, em Aporá (Bahia), foi elaborada essa intervenção, de forma a promover uma melhoria de gestão e organizacional, bem como aumentar o conhecimento dos pacientes sobre a doença que possuem. Para tanto, propõe-se ações para identificar e corrigir as causas da adesão incorreta ao tratamento, para que assim os pacientes possam obter um bom controle glicêmico e aumentar sua qualidade de vida, com impactos positivos, inclusive, na expectativa de vida dessa população.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Complicações do Diabetes; Adesão ao tratamento; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Diabetes mellitus (DM) is a serious and chronic condition in which high blood glucose levels occur. In this condition, the body is unable to produce insulin or is unable to use it effectively. Failure to control DM is marked by the emergence of chronic complications, which are responsible for significant morbidity and mortality. Therefore, adequate control over DM is decisive in reducing complications that may eventually arise. Based on the observation of several cases of treatment abandonment at the José Barros Evangelista Basic Health Unit, in Aporá (Bahia), this intervention was designed to promote management and organizational improvement, as well as increase patients' knowledge about the disease they have. To this end, actions are proposed to identify and correct the causes of inappropriate adherence to the treatment, so that patients can attain recommended glycemic control, increasing their quality of life, with positive impacts, including on the life expectancy of this population.

Keywords: Diabetes Mellitus; Complications of Diabetes; Adherence to treatment; Primary Health Care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
JUSTIFICATIVA.....	9
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
OBJETIVOS.....	14
METODOLOGIA.....	15
RESULTADOS ESPERADOS.....	19
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERÊNCIAS.....	21

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM), mais simplesmente chamado de diabetes, é uma condição grave e crônica onde ocorre níveis elevados de glicose no sangue, sendo a insulina o hormônio essencial produzido no pâncreas que permite que essa glicose da corrente sanguínea entre no corpo das células onde é convertida em energia ou armazenada. A insulina é também essencial para o metabolismo de proteínas e gorduras. No DM, o corpo não tem capacidade de produzir insulina suficiente ou não consegue utilizar de forma efetiva a insulina que produz, e uma falta da mesma ou a incapacidade das células de responder a ela, leva a níveis elevados de glicose no sangue (hiperglicemia), caracterizando clinicamente o diabetes (DIABETES,2021).

O diabetes tipo 1 é o principal tipo de diabetes na infância, podendo ocorrer em qualquer idade e não tem como ser evitado. Pessoas com diabetes tipo 1 precisam de insulina para sobreviver. Já o diabetes tipo 2 é responsável pela grande maioria (mais de 90%) da doença mundialmente e é sobre ela o tema do presente trabalho (DIABETES,2021).

As causas do diabetes tipo 2 não são completamente compreendidas. Trata-se de uma doença complexa e multifatorial, tendo uma forte ligação com o excesso de peso, obesidade, sedentarismo, alimentação, idade, etnia e histórico familiar. Estima-se que 537 milhões de adultos com idades entre 20 e 79 anos vivam atualmente com diabetes, correspondendo a cerca de 10,5% da população mundial nesta faixa etária. A projeção é de que o número total aumente para 643 milhões (11,3%) até 2030 e 783 milhões (12,2%) até 2045. Estima-se também que 240 milhões de pessoas vivam com diabetes não diagnosticada em todo o mundo, o que significa que quase um em cada dois adultos com a doença não tem conhecimento dessa condição (DIABETES,2021).

Dessa forma, faz-se muito importante manter o controle glicêmico adequado e este presente estudo irá abordar a adesão do tratamento do DM 2 por pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) José Barros Evangelista na cidade de Aporá - Bahia.

Aporá é um município localizado no Leste do estado baiano, região nordeste do Brasil, com uma população de 15.922 habitantes e área de 479,262 km². Possui renda per capita média de R\$ 8.332,08, segundo o censo do IBGE de 2022. Em 1958, desmembrou-se do município de Inhambupe. Atualmente é composto pelo distrito de Itamira e por vários povoados, dentre os quais podemos citar: Fazenda Sítio, Mangabeira, Barrajado, Marcelina, Cidade Nova, Marambaia, Chapada, Pedrinhas, Piçarra, Retiro de Dentro, Retiro de Fora, Olhos D'Água (IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA,2022).

Aporá é um nome de origem tupi que significa "monte isolado e distinto em terra unida" e tem como limite territorial alguns municípios, ao norte Crisópolis, ao sul e a oeste Inhambupe, a leste Esplanada, ao nordeste Acajutiba, a noroeste Olindina e a sudeste Entre Rios.

O município possui sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são: UBS da Urbis, UBS de Aporá, UBS de Chapada, UBS de Cidade Nova, UBS de Mangabeira, UBS Itamira e UBS José Barros Evangelista. Esta última está localizada no povoado Piçarra, na zona rural, e será o objeto deste trabalho.

A UBS é onde realiza-se o primeiro nível de atenção em saúde, funciona como o primeiro contato dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS), e é o local onde são desenvolvidas ações que abrangem a promoção e a prevenção da saúde, sendo realizados diagnóstico, tratamento e reabilitação, a fim de garantir uma atenção integral ao cidadão (PREFEITURA DE APORÁ.,2024)

Na UBS José Barros Evangelista, em abril de 2024, constou uma situação do território de 2.504 usuários e uma equipe composta por seis agentes comunitários de saúde, duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira que também é a gerente do posto, uma recepcionista, uma auxiliar de limpeza geral, um motorista, um dentista, uma auxiliar de odontologia, uma nutricionista e uma médica. Esse estabelecimento de saúde fica aberto de segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 16h, mantendo-se de portas fechadas no horário de almoço, isto é, das 12h às 13h.

Nesta unidade, temos o diabetes mellitus tipo 2 como comorbidade com maior número de descompensação dos pacientes. Infelizmente, a grande maioria dos usuários possui um grau de escolaridade baixo e, apesar de amplamente explicado e exemplificado, temos ainda muitos pacientes com adesão inadequada quanto ao tratamento do DM 2.

Esse problema em relação à adesão consiste no uso incorreto das medicações, numa alimentação que não atinge as necessidades nutricionais e metas glicêmicas e na dificuldade de obtenção e manutenção do peso saudável, não ocorrendo modificações no estilo de vida. É, portanto, um desafio cada vez mais observado na prática clínica. Dessa forma, o presente estudo busca promover a conscientização dos pacientes da UBS José Barros Evangelista, em Aporá (Bahia), quanto à melhoria da adequação da adesão ao tratamento do DM 2, que consiste, além da terapia medicamentosa, em uma dieta alimentar apropriada, prática de exercícios físicos e cuidados gerais, ou seja, inclui mudanças de comportamento, transformações essas que serão abordadas ao longo deste trabalho.

JUSTIFICATIVA

A história natural do diabetes é marcada pelo surgimento de complicações crônicas que são responsáveis por expressiva morbimortalidade nesta doença. A hiperglicemia assume um papel importante na patogênese das complicações microvasculares, como retinopatia diabética, ao passo que a aterosclerose está associada à patogênese das complicações macrovasculares (ZOUNGAS et al.,2014). Dessa forma, faz-se muito importante o controle adequado sobre o DM através da adesão a medidas farmacológicas e não-farmacológicas, a fim de reduzir as complicações que eventualmente possam surgir. Porém nem sempre a adesão ocorre de forma apropriada.

Quando se fala de pacientes não aderentes, temos dois tipos: os involuntários e os voluntários. No caso dos involuntários, a não adesão ocorre por falhas de conhecimento e/ou pela interpretação equivocada das instruções da equipe de saúde, por esquecimento dos horários ou desorganização na ingestão dos medicamentos. Os não aderentes voluntários são aqueles que optam por não tomar, parcialmente ou totalmente, os medicamentos por motivos diversos. Esse abandono, em muitos dos casos, está relacionado à experiência do paciente com as medicações, podendo estar associado a motivos de atitude, crenças, expectativas, medos, reações adversas, conhecimento, interferentes sociais, religiosos e culturais. Nessa situação, não há regra e a adesão farmacoterápica dependerá em grande medida do que for acordado com o paciente, e de sua capacidade em assumir o papel sobre seu cuidado, bem como da qualidade do relacionamento com os profissionais da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2016).

Se faz necessário a redução da mortalidade ocasionada pelo DM. Em todo o mundo, cerca de 6,7 milhões de adultos com idade entre 20 e 79 anos morreram em consequência do diabetes ou suas complicações no ano de 2021 (DIABETES,2021). Dado o que foi exposto, essa intervenção é importante, pois, com o controle do DM 2, evitamos as complicações crônicas macrovasculares do DM, que afetam o coração (infarto agudo do miocárdio), o cérebro (acidente vascular cerebral) e os membros inferiores (doença vascular periférica), bem como as microvasculares, que compreendem a nefropatia periférica, retinopatia diabética, neuropatia diabética, sendo as causas mais observadas de cegueira irreversível, doença renal crônica e amputações não traumáticas de membros inferiores (SANTOS et al.,2015), acarretando a esses pacientes uma qualidade de vida muito inferior a indivíduos sem diabetes.

Este trabalho é um projeto de intervenção desenvolvido através da prática clínica na UBS José Barros Evangelista, em Aporá (Bahia), onde é observado muitos usuários portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 com descompensação da comorbidade por conta de adesão inadequada ao tratamento

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Diabetes mellitus decorre de um defeito na liberação da insulina ou na ação da insulina ou de ambos, o que gera uma hiperglicemia crônica (níveis elevados de glicose no sangue). Esta condição ocasiona distúrbios no metabolismo dos carboidratos, das gorduras e das proteínas, ou seja, é a insulina que faz a manutenção do metabolismo (quebra da glicose) para permitir que tenhamos energia para manter o organismo em funcionamento. Esta hiperglicemia sustentada ocasiona o desenvolvimento progressivo de complicações de longo prazo, causando outras morbidades associadas e maior mortalidade entre os afetados (AYEPOLA et al.,2014).

Esses danos ocasionados pela hiperglicemia são divididos em complicações microvasculares e macrovasculares. As complicações microvasculares envolvem pequenos vasos, como os capilares, e, entre elas, temos a nefropatia diabética, neuropatia e retinopatia. As complicações macrovasculares envolvem grandes vasos, como artérias e veias, e incluem doença arterial coronária, doença arterial periférica e o acidente vascular cerebral (AYEPOLA et al.,2014).

A nefropatia diabética é uma das principais complicações que acomete os pacientes portadores do DM tipo 2, possui grande complexidade, devido aos múltiplos mecanismos que agem em conjunto, levando à perda da função renal de forma progressiva (AZEVEDO et al.,2022). Esse quadro gera um declínio progressivo na taxa de filtração glomerular, modificando a permeabilidade da parede capilar do glomérulo, manifestando-se clinicamente como albuminúria anormal (AYEPOLA et al.,2014).

Dentre as complicações crônicas, as neuropatias diabéticas são as mais subdiagnosticadas e subtratadas do DM, e se caracterizam por uma disfunção dos nervos, de forma difusa ou focal, levando à dor neuropática na área corpórea afetada, que piora com o repouso, durante o sono e, por sua vez, melhora com atividade física (ROLIM et al.,2021), podem gerar dormência, formigamento, sensação de queimação, fraqueza ou perda de reflexos que decorrem devido a danos celulares nas células endoteliais, afetando o fluxo sanguíneo nervoso e provocando danos aos neurônios que afetam a condutividade dos impulsos. No sistema nervoso periférico, o diabetes causa uma deterioração progressiva dos nervos, sendo essa a principal causa de amputação de membros inferiores (AYEPOLA et al.,2014).

Quanto à retinopatia diabética, consiste em uma complicação microvascular na retina que é específica do DM e uma das causas principais de perda de visão em pessoas com idade entre 20 e 75 anos (SAÚDE,2021). Dessa forma, é de extrema importância o diagnóstico e o tratamento adequados, a fim de reduzir este dano visual que é irreversível.

Outro ponto para o qual se deve dar atenção é para a doença arterial coronária, o acidente vascular cerebral e a doença arterial periférica, situações em que o DM é fator de risco. Os diabéticos têm entre 2 a 4 vezes mais chances de incorrerem em eventos cardiovasculares. Aproximadamente 80% das mortes

associadas ao DM são causadas por doenças cardiovasculares (DCV), sendo a aterosclerose (que é o acúmulo excessivo de lipídios, colesterol, células inflamatórias e tecido conjuntivo na parede do vaso) a responsável pela maior parte das mortes e incapacidades associadas à DCV, pois a formação de placas ateroscleróticas pode resultar na oclusão do lúmen do vaso e na rápida cessação do fluxo sanguíneo para o tecido alvo. A hiperglicemia, o aumento de ácidos graxos livres e a resistência à insulina induzem muitas alterações no nível celular, que contribuem para a disfunção vascular e aceleram o processo aterosclerótico (AYEPOLA et al.,2014).

Conforme mencionado, o DM descompensado é tóxico para os órgãos, vasos sanguíneos e nervos, e essas complicações podem evoluir para amputação de membros, cegueira, insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio, derrames vasculares e entre outras alterações. Dessa forma, faz-se necessário o adequado controle do DM, a fim de reduzir essas complicações e melhorar a qualidade de vida de seus portadores, evitando malefícios a longo prazo, que incluem internações e óbitos pelo agravamento da doença (SAÚDE,2006).

A prevenção visa a manutenção do controle glicêmico e, para tanto, a mudança dos hábitos de vida funciona como um dos pilares para o tratamento do DM 2. A terapia nutricional é parte fundamental do plano terapêutico, de forma a garantir hábitos alimentares saudáveis. Já a prática regular de atividade física diminui a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a promover o emagrecimento nos pacientes obesos e diminui os riscos de doença cardiovascular, melhorando, portanto, a qualidade de vida (SAÚDE,2006).

Vale ressaltar que se faz também importante a redução da ingestão de bebidas alcoólicas, a cessação do tabagismo e a redução do estresse, delongando a deterioração da tolerância à glicose.

Na prática clínica, encontramos hesitações dos pacientes na aderência ao tratamento não medicamentoso. A orientação da realização da atividade física sugere em afastar-se da vida sedentária e requer melhora da alimentação. É, portanto, necessário o comprometimento individual para incorporar as mudanças de hábitos indispensáveis para o controle dos índices glicêmicos.

Quando a dieta e a atividade física não garantem esse bom controle, há necessidade de se iniciar com os fármacos. A princípio, temos os antidiabéticos orais, que podem ser combinados em diferentes associações, e devem ser escolhidos levando-se em consideração os possíveis efeitos adversos, sua ação anti-hiperglicemiante, o impacto sobre ganho/perda de peso e as suas contraindicações. Quando os medicamentos orais não são efetivos em manter níveis glicêmicos dentro dos limites aceitáveis, faz-se necessário o uso da insulina, e temos diversas opções terapêuticas disponíveis (DURCO,2009).

Pelo Sistema Único de Saúde temos o fornecimento dos medicamentos como: Glibenclamida, Cloridrato de Metformina, Glicazida, Insulina Humana NPH e Insulina Humana Regular, e os materiais necessários para aplicação da insulina e monitoramento da glicemia capilar, como seringas com agulha

acoplada para aplicação de insulina, tiras reagentes de medida de glicemia capilar e lancetas para punção digital (SAÚDE, 2007).

Como forma de avaliar controle do DM 2, um dos exames mais utilizados é a hemoglobina glicada (HbA1c), cujos valores acima de 7% estão relacionados com maior risco de complicações crônicas. O objetivo, portanto, é que esteja abaixo de 7%, valor este que pode ser ajustado em função do grau de risco de eventos de hipoglicemia em públicos específicos. Essas medidas devem ser realizadas pelo menos duas vezes ao ano (semestral) ou quatro vezes por ano (trimestral) para os pacientes que estejam em ajuste terapêutico. Esse exame reflete a exposição glicêmica dos últimos três meses que antecederam a coleta de sangue (SUMITA; ANDRIOLO,2008).

A fim de identificar intervenções que melhoram a adesão de pacientes com DM2, estudos mostram o impacto positivo no controle glicêmico que se tem através da educação do paciente com tópicos de autocuidado, como adesão a medicamentos, dieta, exercícios, cuidados com os pés, testes regulares de glicemia e uso de recursos mnemônicos na tomada de medicamentos. Além disso, melhora a qualidade de vida, diminuindo a necessidade de atendimento hospitalar, reduz o absenteísmo no trabalho e os gastos em saúde para tratamento das complicações do DM2. Algumas barreiras também foram destacadas, como conhecimento e compreensão inadequados dos regimes, complexidade do tratamento, custo, existência de depressão e experiência de efeitos adversos relacionados a medicamentos, que impedem a adesão ao tratamento (ASANTE,2013).

Autores apontam que a boa adesão medicamentosa do DM 2 está relacionada com os modelos mentais (percepções e crenças) sobre o seu tratamento, assim como o fato de que as pessoas consideram o fármaco como tendo maior impacto no controle do DM, ao comparar com a dieta e o exercício físico. Vale ressaltar que há divergência na literatura com relação aonexo entre adesão medicamentosa e tempo de diagnóstico. Alguns estudos mostram que o tempo é dificultador da adesão, quando doença de longa data, enquanto outros mostram o contrário (VILLAS BOAS et al.,2014).

Com o surgimento da Estratégia de Saúde da Família, temos a família como a base do planejamento em saúde e não somente o indivíduo acometido pela doença. Trabalha-se a prevenção das doenças com a melhora da qualidade de vida das pessoas por meio de ações multidisciplinares. Um método a ser utilizado é uma abordagem em grupo contemplando as dimensões biopsicossociais relacionadas ao processo saúde-doença. Essa abordagem surge na perspectiva de promoção, prevenção e controle de doenças. Essa perspectiva garante inúmeros benefícios no aspecto biopsicossocial, através de ações psicoeducativas de forma acolhedora e humanizada, aumentando o vínculo entre equipe de saúde e usuários, e proporcionando um bom controle da doença (CAVALCANTE et al.,2016).

Na prática clínica, nota-se resistência de muitos pacientes no que diz respeito à aderência ao tratamento, seja farmacológico, seja não farmacológico. Os motivos da falta de adesão são dos mais variados, tais como: a

indisponibilidade/falta dos remédios nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS); a não aceitação da tomada de qualquer medicamento pelo paciente; o apoio e/ou falta pelos familiares e amigos frente à doença; a relação entre o usuário e o profissional de saúde que prescreveu a medicação; o modo de uso; a ausência de sintomas que os leva a crer que não há necessidade da ingestão do fármaco; a quantidade de tempo desde o diagnóstico; seu saber sobre a doença e a cronicidade da mesma; os determinantes socioambientais e econômicos; os determinantes culturais e comportamentais; a qualidade da assistência da própria equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF); dentre outros (FARIA et al.,2014)

Dado esse contexto, a conscientização da necessidade e da importância da adesão ao tratamento da DM 2 é primordial para a prevenção e/ou o adiamento do surgimento das complicações crônicas da doença.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Conscientizar os portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, que recebem cuidados de saúde na Unidade Básica de Saúde José Barros Evangelista em Aporá (Bahia), da necessidade e importância da adesão ao tratamento medicamentoso e ao tratamento não medicamentoso.

Objetivos específicos:

1. Distribuir panfletos com informações detalhadas a respeito do tratamento, da importância das mudanças de estilo de vida, dos locais para aplicação de insulina, das metas de controle, das complicações, bem como outras informações relevantes sobre a DM 2.
2. Intervir para auxiliar na gestão dos medicamentos do paciente através da organização da sua rotina de fármacos, trazendo uma melhoria de gestão e organizacional.
3. Realizar atividades com técnicas educacionais e motivacionais para compartilhamento de experiências, a fim de aumentar o vínculo, melhorar os níveis de informações e aumentar a adesão ao tratamento dos pacientes com DM 2, proporcionando, portanto, uma melhor qualidade de vida.
4. Garantir orientação adequada sobre o tratamento não farmacológico da DM 2 através de atividades juntamente com nutricionista e educador físico, a fim de conscientizar a população atendida da importância de hábitos saudáveis.
5. Realizar abordagem terapêutica centrada na pessoa, de forma a compreender o contexto do paciente - seu entorno, influência familiar, motivações e crenças, uma vez que isso pode influenciar na não adesão ao tratamento do DM 2.

METODOLOGIA

O quadro 1 sintetiza a proposta metodológica, considerando as situações críticas apontadas, bem como as soluções propostas e os recursos humanos e físicos necessários para a implementação do projeto. Ademais, consegue-se aferir a dimensão de atuação, que abrange soluções organizacionais, educacionais, de busca-ativa dos pacientes e melhoria contínua do processo de adesão.

Quadro 1. Desenho das soluções propostas para as situações críticas no processo de adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2 na UBS José Barros Evangelista em Aporá (Bahia)

Situações Críticas	Soluções Propostas	Recursos Necessários	Dimensão de Atuação
Controle do número exato dos pacientes diabéticos atendidos na UBS	Levantamento de dados dos pacientes diabéticos atendidos e atualização constante dessa lista;	Infraestrutura da UBS Equipe de saúde	Organizacional Busca ativa
Baixa adesão terapêutica	Avaliação de peso/IMC, inquérito alimentar, controle de glicemia capilar; Investigação das causas de baixa adesão terapêutica (corrigir os desacertos)	Exames laboratoriais Balança Glicosímetro Fitas reagentes.	Busca ativa Educativa Melhoria Contínua do processo de adesão
Descontinuidade do tratamento	As consultas médicas seguintes serão previamente agendadas (intervalo entre consultas de acordo com as particularidades de cada paciente).	Infraestrutura da UBS.	Organizacional
Desconhecimento da doença	Ampliação do conhecimento sobre a doença; Palestras educacionais trimestralmente; Distribuição de Panfletos; Rodas de Conversa.	Infraestrutura da UBS Equipe de saúde	Educativa
Pacientes analfabetos	Auxílio para gestão dos medicamentos; Organização da sua rotina de fármacos (tabelas legíveis, porta-comprimidos).	Infraestrutura da UBS Equipe de saúde Porta comprimidos Folhas de ofício	Educativa
Desconhecimento sobre o tratamento não farmacológico da DM 2	Incorporação de hábitos saudáveis; Garantir orientação adequada sobre o tratamento não farmacológico da DM 2 por meio de atividades em conjunto com nutricionista e educador físico.	Infraestrutura da UBS Equipe de saúde Educador físico do município.	Educativa
Ideias equivocadas sobre o tratamento	Maior esclarecimento acerca do tratamento; Compreender o entorno, a influência familiar, motivações e crenças influenciadoras.	Infraestrutura da UBS Equipe de saúde Apoio familiar	Educativa

As ações serão realizadas conforme descrito do Quadro 2. O projeto de intervenção será realizado no período de 14 meses (novembro e dezembro de 2024 e os doze meses de 2025).

Quadro 2. Acompanhamento dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 – cronograma das ações para as soluções propostas:

Mês	Plano de Ação
Atividades contínuas	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento Nutricional; - Acompanhamento médico com agendamento de novas consultas de acordo com a demanda de cada paciente, a fim de garantir a verificação constante da adesão terapêutica; - Busca ativa pelos agentes de saúde dos pacientes diabéticos que não estão fazendo seguimento regular na unidade de saúde; - Distribuição de panfletos informativos; - Organização da rotina de fármacos; - Verificação de glicemia capilar de jejum -HGT (mensalmente).
Nov e Dez/2024	- Coleta de dados com atualização do número de pacientes diabéticos da USF e essa atualização será constante ao longo do projeto, sendo a inclusão de novos pacientes na intervenção a ser realizada a qualquer momento.
Jan/2025	<ul style="list-style-type: none"> - 1º palestra educativa aos diabéticos e com abertura oficial do projeto; - Início das consultas médicas para avaliação global dos diabéticos e aplicação de questionário.
Fev e Mar/2025	- Realização de consultas médicas para avaliação dos diabéticos. Todos os pacientes devem ter passado ao menos em uma consulta até a finalização do mês de março.
Abr/2025	- 2º palestra educativa aos diabéticos.
Mai/2025	- 1º atividade com o educador físico.
Jul/2025	- 3º palestra educativa aos diabéticos.
Out/2025	- 4º palestra educativa aos diabéticos
Nov/2025	- 2º atividade com o educador físico.
Dez/2025	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação do mesmo questionário realizado no início do projeto; - Fechamento do projeto com exposição dos resultados.

Vale lembrar que este trabalho é um projeto de intervenção desenvolvido através da prática clínica na UBS José Barros Evangelista, em Aporá (Bahia), onde é observado um grande número de usuários portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 com descompensação da comorbidade por conta de adesão inadequada ao tratamento. Dessa forma, essa proposta de intervenção busca expandir a conscientização da necessidade e da importância da adesão ao tratamento.

De maneira complementar, e com o intuito de ampliar o conhecimento teórico sobre o assunto, foi realizada uma revisão da literatura baseada em uma variedade de documentos, disponíveis em bases eletrônicas, que versam a respeito das complicações possíveis nos casos de descontrole/complicação do DM 2.

Conforme descrito no Quadro 1, para a implementação da intervenção, será utilizada a infraestrutura da UBS José Barros Evangelista, situada em Itamira-Aporá (Bahia), e sua equipe de saúde, que consta de 6 agentes comunitários de saúde, 2 técnicas de enfermagem, 1 enfermeira, 1 nutricionista, 1 recepcionista, 1 auxiliar de serviços gerais, 1 médica, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal e será solicitado o auxílio do educador físico do município, a fim de realizar a promoção de saúde e a prevenção de doenças.

Na USF, tem-se uma lista dos pacientes diabéticos atendidos que passará por atualização para, posteriormente, ser solicitada a participação de todos os pacientes com DM 2. Inicialmente, todos eles terão uma consulta médica para: (I) verificação de medicações em uso; (II) avaliação de peso/IMC; (III) realização de inquérito alimentar; (IV) controle de HBA1C; (V) realização de glicemia capilar, a fim de monitorar o nível glicêmico; (VI) esclarecimento de dúvidas; (VII) investigação das causas em caso de baixa adesão terapêutica, de forma a corrigir os desacertos a cada consulta. As consultas médicas seguintes serão previamente agendadas e o intervalo para a próxima consulta será definido de acordo com as particularidades de cada caso.

A fim de aumentar os conhecimentos dos pacientes sobre a doença que possuem, serão realizadas palestras educacionais trimestralmente. De forma complementar, um questionário será realizado no momento inicial da intervenção e ao final da intervenção, a fim de avaliar o grau de absorção do conteúdo pelos participantes. Também serão distribuídos panfletos com informações detalhadas a respeito do tratamento, da importância das mudanças de estilo de vida, dos locais para aplicação de insulina, das metas de controle, das complicações, bem como outras informações relevantes sobre a DM 2.

Nos dias destinados para essas palestras, serão organizadas rodas de conversas para compartilhamento de experiências, a fim de aumentar o vínculo, estabelecer elos entre os pacientes, melhorar os níveis de informações e aumentar a adesão ao tratamento dos pacientes com DM 2, proporcionando, portanto, uma melhor qualidade de vida.

Na área de atuação, temos vários pacientes analfabetos. Para contornar essa situação, será organizado um auxílio para a gestão dos medicamentos por meio da organização de sua rotina de fármacos, da realização de tabelas legíveis com os nomes dos remédios e os horários em que eles precisam ser tomados. Em em casos específicos, serão fornecidos acessórios, como portacomprimidos, que contará com o auxílio da equipe de saúde no preenchimento da quantidade certa de cápsulas para a semana.

Adicionalmente, serão realizadas ações de saúde de forma a garantir orientação adequada sobre o tratamento não farmacológico do DM 2 através de atividades juntamente com nutricionista e educador físico, conscientizando a população atendida da importância de hábitos saudáveis.

Nas consultas, serão abordadas toda a rede social e comunitária do paciente, a fim de compreender o seu entorno, a influência familiar, as motivações e as crenças, uma vez que esses fatores podem interferir na não adesão ao tratamento do DM 2.

Como recursos materiais para realização das ações, será necessária a disponibilização do ambiente físico da USF José Barros Evangelista, da televisão já existente na unidade para projeção dos slides educativos e do computador. Além disso, será preciso a organização de panfletos, impressos de questionários, pastas para organização dos documentos, canetas, assim como a distribuição pela rede pública de saúde dos medicamentos básicos para Diabetes Mellitus, disponibilidade de glicosímetro, fitas reagentes e lancetas para monitorização periódica da glicemia capilar e disponibilidade para realização de exames laboratoriais.

RESULTADOS ESPERADOS

A proposta metodológica permitirá atuar em diversas dimensões (organizacional, busca ativa, melhoria contínua do processo de adesão, educacional) que interferem no acompanhamento e tratamento eficaz dos pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2 na UBS José Barros Evangelista em Aporá (Bahia).

Dessa forma, com essa intervenção, espera-se alcançar os seguintes resultados: acompanhar todos os pacientes diabéticos da área de abrangência da USF; identificar as causas da não aderência ao tratamento e melhorar a adesão ao tratamento destes pacientes; melhorar os índices de HBA1C dos pacientes diabéticos; capacitar a equipe para promoção de saúde e prevenção de doenças; expandir os conhecimentos dos pacientes diabéticos com relação à doença que possuem; aumento da qualidade de vida desses pacientes e prosperar nas taxas de controle da Diabetes Mellitus, evitando, assim, suas complicações.

Dessa forma, este projeto promoverá, além de uma melhoria de gestão e organizacional, uma maior qualidade de vida para os pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2, que poderão viver de forma mais ativa e saudável, com impactos positivos, inclusive, na expectativa de vida dessa população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme a revisão de literatura apresentada, e com base na prática clínica realizada na UBS José Barros Evangelista, em Itamira-Aporá (Bahia), sabe-se que o Diabetes Mellitus é uma doença frequente e marcada pelo surgimento de complicações crônicas, que podem levar a sequelas irreversíveis, além de serem causadoras de expressiva morbimortalidade nessa doença. A adesão ao tratamento parte da conscientização, a fim de garantir o nível glicêmico dentro da meta estabelecida, melhorando o bem-estar e a qualidade de vida desses pacientes, com a educação em saúde desempenhando papel fundamental para atingir esse objetivo.

Dessa forma, com a elaboração deste trabalho, espera-se que, através dessas ações, os pacientes com DM 2 da UBS José Barros Evangelista, em Itamira-Aporá (Bahia), tenham motivações e conhecimento acerca da sua condição de saúde, para estabelecer mudanças comportamentais e, assim, ampliar a adesão, seja na terapia medicamentosa, seja na não medicamentosa (dieta alimentar, prática de exercícios físicos e cuidados gerais), diminuindo, portanto, as complicações e internações. Em suma, o tratamento adequado, ao estabelecer a promoção e prevenção da saúde por meio de ações educativas, atividades e interação entre equipe e usuários, promove a minimização dos prejuízos causados pela doença.

REFERÊNCIAS

1. Asante, Ernest. TÍTULO: Intervenções para promover a adesão ao tratamento em diabetes mellitus tipo 2. ANO: 2013.
2. Ayepola, Omolola R. and Brooks, Nicole L. and Oguntibeju, Oluwafemi O. TÍTULO: Estresse oxidativo e complicações diabéticas: o papel das vitaminas antioxidantes e flavonoides. ANO: 2014.
3. Azevedo, Gabrielle and Felizardo, Juliana Rodrigues and Moser, Maria Paula and Savi, Daiani Cristina. TÍTULO: Fisiopatologia e diagnóstico da nefropatia diabética: uma revisão integrativa. ANO: 2022.
4. Cavalcante, Viviane Oliveira Mendes and Silva, Maria Adelane Monteiro da and Souza, Ângela Maria Alves e and Dias, Maria Socorro Araújo and Parente, Antônio Reginaldo. TÍTULO: Abordagem grupal na estratégia saúde da família. ANO: 2016.
5. Diabetes, Federação Internacional de. TÍTULO: O Atlas de Diabetes da IDF. CIDADE: Bruxelas, Bélgica. EDITORA: Federação internacional de Diabetes. ANO: 2021. VOLUME: 1.
6. Durco, Ednaldo Silva. TÍTULO: Protocolo de tratamento do paciente adulto jovem com diabetes mellitus tipo 2. ANO: 2009
7. Faria, Heloisa Turcatto Gimenes and Santos, Manoel Antônio dos and Arrelias, Clarissa Cordeiro Alves and Rodrigues, Flávia Fernanda Luchetti and Gonela, Jefferson Thiago and Teixeira, Carla Regina de Souza and Zanetti, Maria Lúcia. TÍTULO: Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. ANO: 2014.
8. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. TÍTULO: Aporá. ANO: 2022.
9. Ministério da Saúde, Ministério da Saúde. TÍTULO: Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas. CIDADE: Brasília. EDITORA: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. ANO: 2016. VOLUME: 1. PÁGINAS: 52.
10. Prefeitura de Aporá. TÍTULO: História de Aporá. ANO: 2024.
11. Rolim, Luiz Clemente and Thyssen, Patrícia J and Flumignan, Ronald LG and Andrade, Daniel Ciampi de and Dib, Sérgio Atala. ANO: 2021.
12. Saúde, Ministério da. TÍTULO: Diabetes mellitus. Cadernos de Atenção Básica a - n.º 16. CIDADE: Brasil. EDITORA: Ministério da Saúde. ANO: 2006.
13. Saúde, Ministério da. TÍTULO: Portaria Nº 2.583 de 10 de outubro 2007. ANO: 2007.
14. Saúde, Ministério da. TÍTULO: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Retinopatia Diabética. ANO: 2021.
15. Santos, Aliny and Cecílio, Hellen and Teston, Elen and Arruda, Guilherme and Peternella, Fabiana and Marcon, Sonia. TÍTULO: Complicações microvasculares em diabéticos Tipo 2 e fatores

associados: inquérito telefônico de morbidade autorreferida. ANO: 2015.

16. Sumita, Nairo Massakazu and Andriolo, Adagmar. TÍTULO: Importância da hemoglobina glicada no controle do diabetes mellitus e na avaliação de risco das complicações crônicas. ANO: 2008.
17. Villas Boas, Lilian Cristiane Gomes and Freitas, Maria Cristina Foss and Pace, Ana Emilia. TÍTULO: Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. ANO: 2014.
18. Zoungas, Sophia and Woodward, Mark and Li, Qiang and Cooper, Mark E and Hamet, Pavel and Harrap, Stephen and Heller, Simon and Marre, Michel and Patel, Anushka and Poulter, Neil and Williams, Bryan and Chalmers, John and Collaborative group, ADVANCE. TÍTULO: Impact of age, age at diagnosis and duration of diabetes on the risk of macrovascular and microvascular complications and death in type 2 diabetes. ANO: 2014.