

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**  
**DA FAMÍLIA**

**FATORES QUE INFLUENCIAM NA NÃO ADESÃO AO**  
**TRATAMENTO DOS USUÁRIOS PORTADORES DE**  
**DIABETES MELLITUS**

**Vanessa Barcelos Ladeia**

**DIAMANTINA – MINAS GERAIS**

**2013**

**VANESSA BARCELOS LADEIA**

**FATORES QUE INFLUENCIAM NA NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO  
DOS USUÁRIOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

**DIAMANTINA – MINAS GERAIS**

**2013**

**VANESSA BARCELOS LADEIA**

**FATORES QUE INFLUENCIAM NA NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO  
DOS USUÁRIOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte em: 02/03/2013

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha mãe Eulita pelo incentivo, apoio e conselhos, pois sem eles não estaria aqui neste momento, e cada passo que subo no degrau da vida devo a ela por ter sido um grande exemplo de perseverança, mesmo em momentos de grandes dificuldades.

A minha orientadora, pela sabedoria, paciência e compreensão no desenvolvimento deste trabalho.

A todos que contribuíram para que eu pudesse realizar este trabalho.

Ao Plínio meu companheiro de todas as horas, por todo amor, carinho, compreensão e incentivo, pelos momentos de angústias e preocupações causados por mim, pelas minhas ausências durante a realização deste Curso. Ao meu filho Matheus pequeno na idade, mas grande em sabedoria, dedico-lhes essa conquista com gratidão e amor.

"Há homens que lutam um dia e são bons.  
Há outros que lutam um ano e são melhores.  
Há os que lutam muitos anos e são muito bons.  
Há os que lutam toda a vida. Esses são os imprescindíveis".  
Bertolt Brecht.

## RESUMO

Diabetes é uma doença crônica considerada problema de saúde pública cujo controle deve ser contínuo visando à prevenção das complicações irreversíveis no organismo. O controle da diabetes está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao tratamento. A não adesão à terapêutica medicamentosa é um dos principais problemas enfrentados pela equipe de saúde da família e responsável pelas baixas taxas de controle da diabetes. Este trabalho objetivou melhorar a adesão ao tratamento dos diabéticos vinculados ao Programa de Controle da Hipertensão e Diabetes - HIPERDIA e buscar na literatura nacional as publicações que abordam os fatores que influenciam a não adesão ao tratamento do paciente portador de diabetes. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, no idioma português e inglês, com um levantamento na base de dados, da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACs, no Scientific Electronic Library Online – SCIELO, além dos manuais do Ministério da Saúde e no banco de informações do DATASUS. Os resultados apontaram que os fatores que dificultam a adesão ao tratamento da diabetes são multicausais tais como: as características do paciente (comportamento), do tratamento, da doença, do relacionamento com os profissionais de saúde, da compreensão sobre a doença, do apoio familiar e dos fatores psicossociais, econômicos e educacionais, o estresse emocional, entre outros. Estes fatores sozinhos ou associados desestimulam ou dificultam o tratamento correto da diabetes. Para conseguir um nível desejável de adesão deve-se ter uma equipe interdisciplinar mais integrada à família e do paciente como participante ativo do seu tratamento.

**DESCRITORES:** Diabetes Mellitus. Doenças cardiovasculares. Adesão à medicação.

## ABSTRACT

Diabetes is a chronic disease considered a public health problem which control, must be continuous to prevent irreversible complications in the body. The control of diabetes is directly related to the degree of patient adherence to treatment. Non-adherence to medication therapy and one of the main problems faced by the team of family health is responsible for low rates of diabetes control. The goals of this work were: improve adherence to treatment of diabetic patients linked to the Program for the Control of Hypertension and Diabetes - HIPERDIA and search the national literature publications that discuss the factors that influence the non-adherence to the a treatment of patient with diabetes. A narrative review of the literature in portuguese language and english. A survey done in the database of the Latin American literature and Caribbean Literature on Health Sciences - LILACS and also in Scientific Electronic Library Online - SCIELO, besides the Ministry of Health also in information bank of DATASUS. The results showed that the factors that hinder adherence to the treatment of diabetes are multicausais and operate from different sources such as: the characteristics of the patient (behavior), the treatment, disease, the relationship with health professionals, in understanding, family support and psychosocial factors, economic, educational, emotional stress, among others. These factors alone or associated discourage or hinder the correct treatment of diabetes. To achieve a desirable level of accession should be an interdisciplinary team more integrated patient and family as active participant of your treatment.

**Key words:** Diabetes Mellitus. Cardiovascular diseases. Adherence to medication.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	12
<b>3 OBJETIVOS</b>	16
<b>4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO</b>	17
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA</b>	18
5.1 Diabetes mellitus: conceito e implicações	18
5.2 Terapêutica farmacológica	21
5.3 Fatores que influenciam a não adesão ao tratamento do paciente portador de diabetes	23
5.4 Cuidado integral ao paciente com diabetes e família	27
5.5 A equipe de Saúde da Família- Cuidado integrado para aumentar a adesão ao tratamento dos portadores de diabetes.	30
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	35
<b>REFERÊNCIAS</b>	37

## 1 INTRODUÇÃO

O diabetes é considerado problema de saúde pública por ser uma doença crônica de alta prevalência no Brasil. As crescentes incidência e prevalência são atribuídas ao envelhecimento populacional, mas, principalmente ao estilo de vida atual, caracterizado por inatividade física e hábitos alimentares mais saudáveis (FERREIRA, 2011). Segundo Tavares *et al.*, (2011) o diabetes é uma doença cujo os sinais e sintomas evoluem lentamente dificultando a realização do diagnóstico precoce.

Para Gross *et al.* (2002, p.16),

A hiperglicemia se manifesta por sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva ou por complicações agudas que podem levar a risco de vida: a cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica. A hiperglicemia crônica está associada a dano, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos.

De acordo com informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) e de Tavares *et al.*, (2011) as complicações, disfunções e insuficiências de vários órgãos, são causadas em decorrência da destruição das células beta do pâncreas e resistência à ação e/ou distúrbios da secreção da insulina.

Estima-se que em 2025, cerca de 5,4% da população adulta mundial deverá ser acometida pela diabetes. Uma pesquisa realizada pela mesma Sociedade estimou que no Brasil existem, atualmente, cerca de 12 milhões de diabéticos, representando 6% do total da população brasileira (DIRETRIZES DA SOCIEDADE DE DIABETES, 2006).

As diretrizes da Sociedade Brasileira de diabetes descrevem que, devido ao crescimento e ao envelhecimento populacional, a maior urbanização, a crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como a maior sobrevida do usuário, tem possibilitado o aumento do número de indivíduos portadores de diabetes. Ressalta, ainda, que é importante quantificar a prevalência e o número de pessoas

diabéticas para possibilitar uma forma racional de planejamento e alocação de recursos governamentais (DIRETRIZES DA SOCIEDADE DE DIABETES, 2006).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.7),

O diabetes junto com a hipertensão arterial é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputação de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos à diálise.

Diante dos dados apontados, a Equipe de Saúde da Família (ESF) tem uma responsabilidade muito grande na prevenção da diabetes e no tratamento, no sentido de manter controlados os níveis glicêmicos dos pacientes, evitando, assim, as possíveis complicações.

A adesão ao tratamento medicamentoso é um desafio para os profissionais da equipe de saúde da família sendo um dos “nós críticos” enfrentados no dia a dia de trabalho.

Quando da realização do diagnóstico situacional do território da Unidade Básica de Saúde (UBS) onde eu atuava, dentre os vários problemas identificados e priorizados, o número de diabéticos existentes no território e, ainda, a falta de adesão ao tratamento foram pontos destacados como necessários a serem trabalhados pela equipe de saúde.

Essa situação me direcionou para realizar este estudo de revisão de literatura com a finalidade de subsidiar as ações a serem implantadas para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso da diabetes residentes no território da UBS.

## 2 JUSTIFICATIVA

A diabetes está entre as doenças crônicas com prevalência significativa e desencadeadora de agravos cardiovasculares na população. A incidência da doença na população de Carbonita não difere dos demais municípios brasileiros.

Carbonita está localizada no nordeste de Minas Gerais, na região do Alto Vale do Rio Jequitinhonha. O município possui 9.148 habitantes. Em relação ao atendimento à saúde, a cidade conta com os seguintes serviços: um hospital, dois laboratórios, sendo um particular e o outro municipal; um Centro de Atenção de Saúde Mental (CASM), um Centro de Saúde e quatro Equipes de Saúde da Família (ESF), cobrindo a totalidade da população.

De acordo com a regionalização da saúde, Carbonita pertence à microrregião de Diamantina. Situa-se a 130 km do município de Diamantina, que é a referência para encaminhamento dos pacientes para procedimentos de média e alta complexidade.

As ESF de Carbonita realizam atendimento relativo à atenção básica como: imunização, planejamento familiar, pré-natal, prevenção de câncer de mama e ginecológico, puericultura, chamada nutricional, acompanhamento de diabéticos e hipertensos e, visitas domiciliares. Os diabéticos e hipertensos são cadastrados e acompanhados no programa Hiperdia, com pressão arterial aferida programadamente e os níveis glicêmicos verificados por meio da glicemia capilar. Neste momento, os pacientes recebem orientações da técnica de enfermagem e quando os níveis pressóricos e glicêmicos estão fora dos índices normais preconizados no protocolo de acompanhamento ao diabético, a enfermeira é solicitada.

A população adstrita conta no município com os seguintes serviços sociais: uma creche, duas escolas municipais e uma associação comunitária (Mães Quitadeiras).

A cidade possui três igrejas católicas e várias evangélicas.

Quanto às áreas de lazer e recreação, a comunidade dispõe de três quadras de futebol, um ginásio Poliesportivo, alguns barzinhos que funcionam à noite e quatro restaurantes localizados na área central e um restaurante “pesque e pague”, situado a 20 km do centro da cidade.

Para a terceira idade existe um local onde, aos sábados, funciona uma feira com exposição dos produtos dos pequenos agricultores rurais para a venda e, na sexta-feira, de 18:00 às 23:00 horas, acontece o “Forro da terceira idade”.

O índice esperado de diabéticos na população brasileira é de aproximadamente 8,0%. Observa-se que no município de Carbonita o percentual é inferior ao parâmetro nacional.

A Equipe de Saúde da Família Gama (ESF GAMA), onde atuei como enfermeira, tem em sua área de abrangência 732 famílias cadastradas, totalizando 2.276 habitantes e desses, 57 são portadores de diabetes. Da população geral de Carbonita, 229 usuários são portadores de diabetes mellitus, cerca de 2,53% da população segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2012). Esses dados confirmam a necessidade da equipe fazer busca ativa na população, conforme preconizado no protocolo de atendimento da diabetes.

A equipe Gama atende a quatro microáreas urbanas e duas rurais. O território urbano está situado na região leste de Carbonita, enquanto que as comunidades rurais estão a 30 e 40 quilômetros da área urbana. Santana situa-se a sudeste e Abadia a oeste em relação ao município. Para o deslocamento a equipe, utiliza-se o carro da prefeitura, às quartas-feiras, revezando semanalmente a visita entre as comunidades rurais. O território rural apresenta um relevo variado com presença de declives e aclives, morros, grotas e terreno arenoso e a estrada é de terra, tornando-se intransitável no período de chuvas e muita poeira no tempo de estiagem. O acesso à UBS/SF urbana é facilitado no que se refere à localização, pois está bem localizada territorialmente e as ruas são calçadas.

Por meio do diagnóstico situacional realizado como uma das atividades do módulo planejamento e avaliação das ações de saúde (CARDOSO; FARIA; SANTOS, 2010), dentre muitos problemas identificados pelo diagnóstico, detectei que muitos diabéticos não seguiam o tratamento adequadamente e, muitas vezes, o nível

glicêmico continuava alto devido a falta de atividade física, de conhecimento da doença, analfabetismo, não seguimento da dieta recomendada, aquisição e uso incorretamente o medicamento, a falta de apoio da família e a ausência de sintomas da doença. Quando esta doença está agregada a outra como a hipertensão arterial, o fato se torna mais preocupante pela maior probabilidade de ocorrência de agravos, como o acidente vascular cerebral, doenças cardiovasculares, retinopatia diabética, pé diabético, dislipidemias, obesidade, dentre outras.

Por se tratar de uma doença que exige dos portadores, há o enfrentamento de uma série de desafios tais como: mudanças comportamentais, hábitos alimentares, prática regular de exercícios físicos, uso diário de medicamentos (hipoglicemiantes orais e/ou injetáveis: insulina).

Segundo Malerbi (2011), o diabetes é uma doença que exige do paciente tratamento contínuo e permanente que deve ser executado durante toda a vida. Para a eficácia do tratamento é necessária perseverança, motivação e educação continuada.

A manutenção da motivação do paciente para não abandonar o tratamento é uma das batalhas mais árduas que os profissionais de saúde da ESF enfrentam em seu dia a dia, na relação aos portadores de diabetes e também de hipertensão.

Diante do exposto, o meu interesse em conhecer mais sobre a doença diabetes, respalda-se pela necessidade de planejar melhor a assistência à família, aos cuidadores quanto às medidas de prevenção dos agravos decorrentes da doença. Quando ocorre uma descompensação diabética (níveis glicêmicos altos ou níveis muito baixos) e os pacientes necessitam de internação, ocorre um transtorno para a equipe e familiares, visto que, muitas vezes, o paciente precisa ser transferido para Diamantina ou Belo Horizonte, para os casos mais graves. Esta situação pode ser evitada com uma boa orientação aos familiares, aos cuidadores e ao paciente, por meio de uma monitorização dos níveis glicêmicos, por parte dos profissionais da equipe de saúde com a participação do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Pretendo, por meio da revisão de literatura capacitar-me mais acerca dos fatores que influenciam a não adesão ao tratamento do paciente portador de diabetes e as condutas utilizadas para o tratamento domiciliar de diabéticos para subsidiar e

complementar as orientações dadas aos familiares, cuidadores e aos próprios pacientes sobre a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e nutricional, com o propósito de melhorar o nível de adesão ao tratamento.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Identificar os fatores que influenciam a não adesão ao tratamento do paciente portador de diabetes.

#### **3.2 Específicos**

Melhorar a adesão ao tratamento dos diabéticos vinculados ao Programa de Controle da Hipertensão e Diabetes – HIPERDIA.

Buscar na literatura nacional as publicações que abordam os fatores que influenciam a não adesão ao tratamento do paciente portador de diabetes.

#### 4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Para o desenvolvimento deste estudo foi realizada uma revisão da literatura por meio de um levantamento retrospectivo de pesquisas publicadas sobre o tema.

A pesquisa bibliográfica é compreendida como o levantamento das publicações sobre determinado tema, com o intuito de aproximar o pesquisador com o material escrito sobre a temática selecionada. A revisão tem por finalidade contribuir na resolução de problemas, exploração e aprofundamento de novas áreas, constituindo-se no primeiro passo da pesquisa científica (MARCONI e LAKATOS, 2006).

Segundo esses autores, a preocupação com a validade da pesquisa bibliográfica caracteriza-se pelo fato de se buscar fundamentos em bases científicas por meio das evidências já publicadas sobre determinado tema e a possibilidade de aplicá-las na prática.

A revisão de literatura proporciona, também, a busca de argumentos capazes de permitir que o tema pesquisado possa subsidiar a formação de novos conhecimentos e embasar a atuação dos profissionais de saúde sobre o problema objeto do estudo.

Optou-se por trabalhar com a revisão narrativa descrita por Cordeiro et al. (2007), por permitir o relato de outros trabalhos, a partir da compreensão do pesquisador e pela possibilidade da adesão de experiências de outros autores que já trabalharam com a mesma temática.

A busca dos artigos foi realizada nos bancos de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e também foram consultados os Manuais do Ministério da Saúde, Secretária Estadual de Saúde. Foi realizada uma leitura seletiva e sistematizada das publicações que abordaram o tema.

Os descritores utilizados para a busca foram:

Diabetes mellitus; doenças cardiovasculares; adesão à medicação.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

Com o objetivo de sistematizar a apresentação da revisão da literatura foram delimitadas as seguintes categorias: Diabetes *Mellitus*: conceito e implicações, tratamento farmacológico, dando mais ênfase as dificuldades e fatores que interferem na adesão do paciente diabético ao tratamento, o cuidado integral e integrado ao paciente e família e equipe de Saúde da Família.

### 5.1 Diabetes *mellitus*: conceito e implicações

Segundo o Ministério de Saúde (BRASIL, 2006), o diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença de etiologia multifatorial, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente suas ações trazendo prejuízos à saúde do indivíduo diabético. É caracterizada por aumento da glicose, ou seja, uma hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas.

Dependendo de sua etiologia, o diabetes *Mellitus* é subdividido em tipo 1, que é decorrente da destruição das células beta pancreáticas e tem tendência à cetoacidose. Esse tipo ocorre em cerca de 5,0% a 10,0% dos diabéticos. Inclui casos decorrentes de doença autoimune e aqueles nos quais a causa da destruição das células beta não é conhecida (BRASIL, 2006).

Ainda segundo o Ministério de Saúde (BRASIL, 2006), seu início, geralmente, é abrupto, com sintomas indicando de maneira sólida a presença da doença. Para o diagnóstico da doença, são utilizados três critérios:

- Sintomas de poliúria, polidipsia e perda de peso ponderal acrescidos de glicemia casual (aquela realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições) acima de 200mg/dL.
- Glicemia de jejum  $\geq 126$ mg/dL. Em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia.
- Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75g de glicose acima de 200mg/dL.

A Diabetes tipo 1 tem maior incidência em crianças, adolescentes e adultos jovens, com sintomas de início abrupto, os pacientes são magros e com predisposição para cetose e grandes flutuações de glicemia, com pouca influência hereditária e deterioração clínica, se não tratada (BRASIL, 2006).

O DM Tipo 2 é chamado de síndrome plurimetabólica ou de resistência periférica à insulina. Em geral, existem graus variáveis de resistência à insulina e de deficiência relativa de secreção de insulina e ocorre em 90,0% dos pacientes diabéticos. Seu início é, geralmente, insidioso com sintomas indicando de maneira sólida a presença da enfermidade (BRASIL, 2006).

A evolução para o *diabetes Mellitus* tipo 2 passa por estágios intermediários que recebem a denominação de glicemia de jejum alterada e tolerância à glicose diminuída e ocorre ao longo de um tempo variável. Estes estágios seriam decorrentes de uma combinação de resistência à ação insulínica e disfunção da célula beta, segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2006).

Essa DM apresenta algumas características próprias que a difere do tipo 1, tais como: seu início é insidioso, com sintomas inespecíficos, obesidade predominante na região abdominal (obesidade “andróide” ou tipo “maçã”). Considera-se, também, a medida da circunferência abdominal maior que 1 metro, para os homens, e 90 cm, para as mulheres. A obesidade está presente em cerca de 80,0% dos pacientes (BRASIL, 2006).

As alterações no estilo de vida, com ênfase na alimentação e na diminuição das atividades físicas, estão associadas ao aumento na prevalência da diabetes tipo 2 (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Na prática clínica, para se avaliar os níveis glicêmicos utiliza-se de dois recursos laboratoriais: os testes de glicemia e os testes de hemoglobina glicada (A1C), “cada um com seu significado clínico específico e ambos considerados como recursos complementares para a correta avaliação do estado de controle glicêmico em pacientes diabéticos” (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2008.p.10).

“Os testes de glicemia mostram o nível glicêmico instantâneo no momento exato do teste enquanto os testes de A1C refletem a glicemia média pregressa dos últimos dois a quatro meses” (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2008, p.11).

Ainda segundo as orientações das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2008), uma vez obtido o controle glicêmico, o profissional de saúde, após certificar-se de que o paciente já tem conhecimentos operacionais suficientes para gerenciar seu controle glicêmico, deve orientá-lo sobre a frequência de testes de glicemia. A frequência do teste deve ser ajustada de acordo com três critérios principais: tipo de diabetes, esquema terapêutico utilizado e grau de estabilidade ou instabilidade do controle glicêmico.

As implicações decorrentes do diabetes vão se instalando em longo prazo no decorrer dos anos ou das décadas,

[...] a hiperglicemia prolongada promove o desenvolvimento de lesões orgânicas extensas e irreversíveis, afetando os olhos, os rins, os nervos, os vasos grandes e pequenos, assim como a coagulação sanguínea” e, também, incluem a falência desses órgãos (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2008. p.1).

Essas diretrizes abordam ainda que os mecanismos de resistência à insulina, a falência progressiva da célula beta, os múltiplos transtornos metabólicos (hiperglicemia, dislipidemia e inflamação vascular) e as repercussões micro e macrovasculares que acompanham a história natural do DM tipo 2 também devem ser lembrados.

Na diabete tipo 2, a maioria dos indivíduos também apresenta obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia e a hiperinsulinemia. Esse elo de ligação entre esses distúrbios metabólicos necessita de intervenções terapêuticas, abrangendo todas as anormalidades metabólicas. Por sua natureza crônica, a gravidade de suas complicações e os meios necessários para controlá-las tornam o DM uma doença muito onerosa, não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, mas

também para o sistema de saúde (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Em longo prazo, as complicações vão se tornando mais comuns à medida que mais pessoas vivem com o diabetes. No início as complicações não são incapacitantes, mas com o passar do tempo algumas provocam apenas inconveniências discretas, se tornando limitantes (ROSA e SCHIMIDT, 2008).

Smelter e Bare (2005) salientam que as complicações em longo prazo do diabetes podem afetar quase todo o sistema orgânico do corpo. As causas específicas e a patogenia de cada tipo de complicação do diabetes crônico ainda estão sendo pesquisadas.

Essas autoras comentam que

[...] as complicações macrovasculares diabéticas resultam de alterações nos vasos sanguíneos de médio e grosso calibre. A cardiopatia coronariana, doença vascular cerebral e doença vascular periférica são as três principais complicações macrovasculares (SMELTER e BARE, 2005, p.2).

Soares (2011), em seu trabalho, cita Figueiredo e Tonini (2009) que referem as doenças crônicas como persistentes e que necessitam de cuidados permanentes, os indivíduos muitas vezes necessitam alterar hábitos de vida e aderir ao tratamento medicamentoso. As doenças crônico-degenerativas são problemas longitudinais que dificilmente podem ser curados. Embora nem todas as doenças crônicas sejam mortais, mas podem ter forte impacto sobre a qualidade de vida dos pacientes.

## **5.2 Terapêutica farmacológica**

As informações do nível glicêmico permitirão ao médico reorientar as novas “abordagens de tratamento com o objetivo maior de otimizar a terapêutica e combater a inércia clínica e seu impacto nocivo sobre a progressão das complicações crônicas do diabetes” (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2008. p.15).

As Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, (2006) em relação à terapia medicamentosa recomenda que devem ser indicados um ou mais agentes anti diabéticos, quando o paciente portador de *diabetes mellitus* tipo 2 não responde ou deixa de responder adequadamente às medidas não-medicamentosas. Essa indicação tem o objetivo de controlar a glicemia e promover a redução da hemoglobina glicada.

Ressaltam, também, que um dos objetivos essenciais no tratamento do DM tipo 2 deve ser a obtenção de níveis glicêmicos tão próximos da normalidade quanto é possível alcançar na prática clínica. A terapêutica antidiabética deve ser indicada quando os valores glicêmicos encontrados em jejum e/ou pós-prandial estiverem acima dos preconizados para o diagnóstico da DM e quando as medidas não medicamentosas não surtiram o efeito desejado.

Os medicamentos antidiabéticos orais são substâncias que, quando ingeridas, têm finalidade de baixar a glicemia e mantê-la normal (jejum < 100mg/dl e pós-prandial < 140mg/dl). Eles podem ser classificados em duas categorias principais: os que aumentam a secreção de insulina (hipoglicemiantes) e os que não aumentam (anti-hiperglicemiantes). Então existem os medicamentos que incrementam a secreção pancreática de insulina (sulfoniluréias e glinidas), aqueles que reduzem a velocidade de absorção de glicídios (inibidores das alfa-glicosidases), aqueles que diminuem a produção hepática de glicose (biguanidas) e/ou aumentam a utilização periférica de glicose (glitazonas) (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Ao prescrever um medicamento antidiabético, o profissional deve considerar os valores das glicemias de jejum e pós-prandial e da hemoglobina glicada, o peso e idade do paciente, investigar a presença de complicações de outros transtornos metabólicos e doenças associadas e as possíveis interações com outros medicamentos, reações adversas e as contraindicações (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Quanto ao tratamento do DM tipo 1, as Diretrizes recomendam que a insulina é sempre necessária devendo ser instituída assim que for feito o diagnóstico. Para o paciente portador de diabetes tipo 2, a insulina é indicada se a glicemia de jejum é

persistentemente elevada ( $> 160\text{mg/dL}$ ) e se a hemoglobina glicada permanece acima do valor alvo máximo desejável ( $\geq 7\%$ ) mesmo que paciente esteja recebendo doses máximas da terapêutica de dois ou três antidiabéticos orais.

As Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2006), sobre o tratamento de diabetes, fazem um relato sobre os pacientes portadores de sofrimento mental que fazem tratamento contínuo com psicotrópicos (antipsicóticos) e desenvolvem agravamento na glicemia ou dislipidemia, durante a terapia. Recomenda-se trocar o antipsicótico por outro que não esteja associado com ganho de peso ou diabetes e se não for possível fazer esta substituição iniciar um tratamento adequado com um especialista.

Em relação ao tratamento nutricional, Sartorelli (2003) cita um estudo onde se observou um aumento do consumo de ácidos graxos saturados açúcares e refrigerantes, em detrimento da redução do consumo de carboidratos complexos, frutas, verduras e legumes, nas regiões metropolitanas no Brasil. Que conforme Welfer e Leite (2005) tem levado ao surgimento cada vez mais precoce ao diabetes do tipo 2.

### **5.3 Fatores que influenciam a não adesão ao tratamento do paciente portador de diabetes**

A adesão ao tratamento tem uma multiplicidade de fatores dificultadores, uma vez que muitas variáveis atuam a partir de fontes diversas como: características do doente, do tratamento, da doença, do relacionamento com os profissionais de saúde e a compreensão e apoio familiar (BRASIL, 2006).

No caso do diabetes, muitos pacientes acreditam que não necessitam da terapia medicamentosa, devido ao caráter assintomático da doença e por isso frequentemente param de tomar suas medicações ou até mesmo nem começam a tomá-las, pois as consideram ineficazes, ou experimentam efeitos colaterais desagradáveis (FONSECA *et al.*, 2009).

Esses autores consideram que os fatores psicossociais, econômicos, educacionais, estresse emocional podem funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e mudanças de hábitos de vida.

Quanto às justificativas apresentadas pelos pacientes para a irregularidade na ingestão dos medicamentos incluem a falta de dinheiro para a compra; a falha na distribuição gratuita pelo serviço de saúde; as dificuldades de adaptação na tomada das medicações (dose, quantidade e horários) e a presença de efeitos colaterais indesejáveis (CASTRO; CAR, 2000 citado por DANTAS, 2011).

Segundo Magna; Viana (2003) citado por Soares (2011), a falta de informação adequada sobre a doença leva muitas vezes o paciente a não aderir ao tratamento. O fato torna-se mais agravante quando o tratamento implica nas mudanças de hábitos de vida pela dificuldade de incorporação de hábitos novos no seu cotidiano

Para Giorgi (2006), um dos fatores que pode interferir na adesão é a linguagem usada pelos médicos para abordagem de seus pacientes. Estudos sobre a comunicação médico-paciente mostraram que o médico deve utilizar um padrão de linguagem que facilite a compreensão do cliente e que a informação fornecida em cada consulta deve ser limitada, os termos médicos devem ser evitados e as orientações devem ser oferecidas de forma a serem apropriadas para a vida cotidiana dos indivíduos. O conhecimento do paciente acerca da doença e do tratamento proposto influencia diretamente na sua adesão ao tratamento medicamentoso.

A percepção do paciente sobre os benefícios esperados com o tratamento leva à maior adesão à terapia medicamentosa. Por outro lado, constata-se que o conhecimento do paciente é raramente investigado pelos profissionais de saúde na prática clínica. Acrescenta que a informação clara e precisa em relação aos medicamentos para o controle do diabetes aos pacientes, fornecida pelos profissionais de saúde, pode motivá-los ao autocuidado e à adesão à terapia medicamentosa. Uma abordagem compartilhada entre paciente e profissional de saúde poderia suprir as lacunas de conhecimento dos pacientes diabéticos.

Uma das estratégias utilizadas pelo enfermeiro para aumentar a adesão ao tratamento é a educação em saúde utilizando os grupos de hipertensos e diabéticos, mas nem sempre os objetivos são alcançados devidos a fatores associados que interferem como: faixa etária mais avançada, sexo masculino, baixo nível de escolaridade, algum grau de incapacidade (diminuição da visão, da audição, por

exemplo). Além disso, devem ser considerados os obstáculos demográficos, socioeconômicos, culturais, para o sucesso da educação em diabetes (FORTI; FAÇANHA e CAMARA, 2011).

Corroborando com os autores anteriormente citados, Wetzel Jr. e Silveira (2005) afirmam que cultura e crenças do paciente, advindas do senso comum ou da experiência de doença vivenciada na família, também são considerados como fatores intervenientes para a adesão ao tratamento farmacológico.

Outros fatores que se agregam é a incapacidade física ou presença de alguma deficiência associada, como pessoas que moram sozinhos impedindo-os de fazerem o uso correto da medicação (MARQUEZ; VEGAZO; CLAROS, 2005) e, também, a ingestão de bebidas alcoólicas, o tabagismo e a falta de estímulo para aderir ao tratamento (VERDECCHIA et al., 2005 e BOMBELLI *et al.*, 2005).

Torres e Guimarães (2007), em um estudo realizado, perceberam que o nível de escolaridade, o tempo e o gênero interferem na adesão ao tratamento; os homens aderiram mais ao tratamento, assim como pacientes com melhor grau educacional, com menor tempo de diagnóstico e sem complicações do diabetes. As mulheres com menor grau de escolaridade, maior tempo de diagnóstico e complicações do DM aderiram menos. Em relação aos pacientes idosos, a adesão ao tratamento é menor. Estes pacientes costumam saber menos a respeito da doença devido às limitações próprias da idade como a diminuição da memória.

A adesão é maior nos homens do que nas mulheres uma vez que as mulheres são mais propensas ao estresse e problemas emocionais como depressão do que os homens; assim, problemas emocionais como depressão podem estar associados à falta de adesão ao tratamento medicamentoso.

Soares (2011, p. 31) destaca que “[...] a dificuldade ou mesmo a falta de adesão ao tratamento é um nó crítico e constitui um grande desafio para a equipe de saúde, além de não ter uma resposta terapêutica como é esperada”.

Fonseca *et al.*, (2009) resumem que a dificuldade de adesão ao tratamento está associada aos fatores psicossociais, econômicos, educacionais, estresse emocional

que podem funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e mudanças de hábitos.

Há muitas variáveis que podem influenciar a adesão, e não há consenso acerca de qual tem maior influência (VALLE, VIEGAS ECASTRO, 2000; LEITE; VASCONCELLOS, 2000).

Segundo Malerbi (2011), os principais fatores associados à pobre adesão ao tratamento são classificados em:

**As características do tratamento** - é considerado o tempo longo de duração, ter uma grande complexidade, exigir frequência de muitos cuidados, cuidados de natureza diferentes, tempo gasto com esses cuidados, mudança nos hábitos de vida, efeitos indesejáveis, (colaterais e ganho de peso), associação de riscos e custo financeiro do medicamento. O tratamento do diabetes interfere na rotina, choca-se com atividades sociais relacionadas com o comer e beber e não segue um conjunto de regras fixas. Ao receber o diagnóstico de diabetes, muitos pacientes devem alterar seu estilo de vida, que é, talvez, a mudança de comportamento mais difícil de ser conseguida.

**Comportamento do paciente** - a dificuldade na mudança de comportamento é o mais difícil, pois o paciente apresenta uma resistência em mudar seu estilo de vida. Há a necessidade de obter conhecimento sobre a doença, tratamento e aquisição de habilidades específicas: a automonitorização da glicemia, a auto aplicação de injeções ou o manejo de uma bomba de infusão de insulina e a administração de situações que diferem da rotina constituem um pré-requisito para o autocuidado. O paciente, muitas vezes, encontra dificuldades relacionadas a esses aspectos que podem interferir na adesão ao tratamento. Quando o paciente acredita nos benefícios do tratamento e na possibilidade de controlar a sua doença apresentará um comportamento ativo no seu tratamento. Entretanto encontram-se pacientes que não tem o compromisso com o autocuidado, tem uma motivação pequena para o tratamento, crenças erradas a respeito da doença e do tratamento e uma dificuldade de adaptação emocional (culpa, medo, tristeza ou vergonha).

**Fatores sociais** - Um dos principais fatores sociais apontados é ineficiência da comunicação entre o profissional da saúde e o paciente. A linguagem técnica, utilizada por muitos profissionais da saúde, e muitas informações dificultam a compreensão do paciente que impedem que ele tenha clareza sobre quais são os comportamentos de autocuidado necessários. Outros fatores é a falta de apoio dos familiares e também apoio fora do ambiente familiar.

#### **5.4 Cuidado integral ao paciente com diabetes e família**

Ressalta-se a importância da família, do paciente e da equipe da saúde da família para a adesão ao tratamento da diabetes num trabalho cooperativo.

Os resultados esperados no controle do diabetes e de suas complicações são muitas vezes garantidos quando o foco da educação não está centrado somente no paciente, mas envolve toda a equipe, os gestores dos serviços, os familiares, e também a comunidade de modo a proporcionar uma melhoria geral na qualidade de vida das pessoas com diabetes (FORTI; FAÇANHA; CÂMARA, 2011).

O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia (BRASIL, 2006).

A Associação Americana de Educadores em Diabetes (2007) citada por Forti; Façanha; Câmara, (2011) definiu alguns comportamentos que devem ser praticados pelos pacientes com diabetes após um trabalho educativo efetivo, como metas para o autocuidado. O paciente deve procurar manter equilíbrio emocional, tentando conviver bem com a doença, evitando comportamentos de risco para complicações agudas e crônicas, praticar atividades físicas, manter uma alimentação saudável, monitorar a glicemia, compreender a ação dos medicamentos e da insulina e a importância de usá-los corretamente, fazer aplicação adequada da insulina, reduzir até parar de fumar, definir as metas para a promoção da saúde e soluções de problemas da vida diária.

Para esses autores, o processo educativo deve acontecer de forma contínua em toda a relação entre todos os profissionais, pacientes, familiares e acompanhantes.

O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos (FORTI; FAÇANHA; CÂMARA, 2011).

Um dado nível de motivação é necessário para atingir adesão contínua e, mais importante, para sustentar práticas de autocuidado ao longo do tempo. A motivação é fundamental à manutenção de práticas de autocuidado (FIGUEIREDO; TONINI, 2009).

Para Torres, Fernandes e Cruz (2007), o paciente para aderir ao tratamento medicamentoso ou nutricional necessita incorporar as orientações que são prescritas pelos profissionais de saúde em relação ao uso correto dos medicamentos, mudanças no estilo de vida como alimentação saudável, padrão regular de exercícios físicos realização de exames periódicos e participação em programas educativos.

Neste cenário, o apoio familiar e social também contribui para adesão ao tratamento. O cuidado efetivo do diabetes requer um envolvimento de toda a família qualquer que seja a idade do paciente

Ingerski, Dolan e Hood (2011) citados por Malerbi (2011) expõem que, quando o diabetes ocorre em crianças, os pais assumem toda a responsabilidade pelo tratamento. Com o passar do tempo, a criança vai adquirindo maturidade e condições de desempenhar um papel mais ativo no seu tratamento.

Quando há coesão, organização e apoio familiares há uma melhor adesão ao tratamento e um melhor controle metabólico em crianças, adolescentes e adultos.

Para Sales (2003) citado por Torres; Fernandes e Cruz (2007), torna-se necessária a participação de algum familiar como responsável pelo cuidado no domicílio, pois os sentimentos negativos de rejeição, de incapacidade, impotência, estigma por ser considerada como castigo, doença maldita, silenciosa que, se não controlada, pode

levar o indivíduo a morte, podem causar fragilidade na adesão ao tratamento, por parte do indivíduo portador de diabetes.

Para Zenneti *et al.*, (2007.p.187), “o cuidado ao paciente diabético é influenciado pelo meio cultural na qual ele está inserida, pelo sistema de crenças, valores e significados compartilhados, e pelas condições socioeconômicas e educacionais.” Em relação aos cuidados, a família frequentemente toma decisões baseadas em seus hábitos de vida, crenças e valores relacionados ao processo saúde-doença, e que sejam compatíveis com sua condição econômica.

Esses autores reafirmam que

[...] em relação ao paciente diabético, o suporte familiar é fundamental, pois ele é um aliado para a aquisição de orientações de saúde adequadas e no processo de enfrentamento da doença. Assim, o processo educativo deve valorizar as experiências e os conhecimentos antecedentes, guiado em valores e crenças do próprio paciente e de seu núcleo familiar acerca da doença (ZENNETI *et al.*, 2007, p.187).

Em se tratando do cuidador familiar, segundo Fernandes (2010), é o indivíduo que desempenha as funções de cuidar do outro, proporcionando cuidados básicos em suas necessidades fisiológicas e de saúde no seu dia a dia, sendo definido como o responsável principal do cuidar.

Muitas vezes esta pessoa é desprovida de conhecimentos acerca da doença e de como agir frente os próprios sintomas. Neste sentido, cabe à equipe de saúde da família supri-la de conhecimentos através de orientações claras e monitoramento de suas ações.

### **5.5 Equipe de Saúde da Família- Cuidado integrado para aumentar a adesão ao tratamento dos portadores de diabetes.**

Lyra Junior *et al.*, (2006) definem que a adesão terapêutica significa relação de colaboração mútua que se estabelece entre o paciente e o profissional e se

caracteriza entre o hábito de tomar medicamento e as mudanças no estilo de vida. Ao contrário, a não adesão ao tratamento tem muitos fatores intervenientes: idade (jovens ou idosos), sexo (homens ou mulheres), doença (crônica ou aguda), paciente (esquecimento, diminuição do sensorial e problemas econômicos), medicamentos (custos, efeitos adversos reais ou percebidos, horário de uso) ou equipe cuidadora de saúde (envolvimento ou relacionamento inadequado).

O Ministério da Saúde considera que o elevado nível de morbimortalidade associada, a prevenção do diabetes e de suas complicações é hoje uma prioridade de saúde pública. Na atenção básica, podem ser realizadas as prevenções primária, secundária e terciária. A prevenção se inicia a partir dos fatores de risco para diabetes como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis (prevenção primária), com a identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes e identificação de casos não diagnosticados de diabetes (prevenção secundária), para tratamento e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados, visando a prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária) (BRASIL, 2006).

O trabalho interdisciplinar através das ações educativas proporciona ao paciente uma visão mais ampla sobre a patologia e a importância do uso regular do medicamento, motivando-os para a incorporação de atitudes saudáveis dos hábitos de vida e a total adesão ao tratamento (DANTAS, 2011).

Segundo Pace; Nunes e Ochoa-Vigo (2008) Cazarini *et al.*, (2002) e Silva; Pais-Ribeiro; Cardoso (2006), os profissionais de saúde têm um importante papel na identificação dos portadores de diabetes e na educação em saúde para promover o controle da diabetes. Relatam, também, o apoio familiar é um fator importante em ambas as situações e principalmente no cuidado da pessoa portadora de doença crônica. A família e os amigos influenciam no controle da doença quanto à adesão do tratamento, da dieta e na participação de atividades físicas.

Muitas estratégias de intervenção dirigidas para portadores de diabetes tais como, grupos psicoeducacionais, acampamentos de férias, terapias individuais e familiares, têm sido desenvolvidas para melhorar a adesão ao tratamento, aumentar o

repertório de habilidades sociais, ensinar estratégias de enfrentamento do estresse e melhorar a comunicação familiar (MALERBI, 2011).

Fechio e Malerbi (2004) realizaram estudo para verificar se um programa de atividade física aumentaria a frequência de se exercitar em pacientes sedentários portadores de diabetes. Os participantes eram diabéticos tipo 2 num total de 14 pessoas na faixa etária de 36 a 70 anos. O programa empregou um sistema de pontos que eram trocados por artigos esportivos e itens de cuidado do diabetes para incentivar as pessoas a participarem das aulas. Sete familiares foram convidados e participaram do programa de atividade física. Os resultados indicaram que o envolvimento familiar contribuiu para a adesão ao programa de atividade física. A intervenção também teve como efeito uma mudança no estilo de vida dos participantes, os quais aumentaram significativamente o tempo que gastavam em atividade física fora das aulas.

Atualmente, no Brasil, a Sociedade Brasileira de Diabetes tem oferecido para profissionais de saúde (enfermeiras, nutricionistas, médicos, assistentes sociais, farmacêuticos e outros) treinamentos em educação em diabetes “Curso de qualificação de Profissionais de Saúde em Educação em Diabetes” que faz parte do Projeto Educando Educadores (FORTI; FAÇANHA; CÂMARA, 2011). Acrescentam, ainda, que desses profissionais capacitados requer-se muito mais do que o conhecimento técnico da doença. É necessário a atualização constante desse conhecimento e o desenvolvimento de habilidades e estratégias para prestar assistência a uma população heterogênea, com seus hábitos de vida, cultura e necessidades e dificuldades tão diferentes. Daí, a importância da educação continuada dos profissionais em estratégias de educação em diabetes e em intervenções comportamentais além da sua preparação básica.

A equipe interdisciplinar, para prestar um cuidado efetivo e adequado à pessoa diabética, deve fornecer o conhecimento necessário sobre a doença, ajudar na sua aceitação e fornecer instrumentos que desenvolvam a capacidade para o auto cuidado. Reforçam que a interação da equipe é fator determinante para o sucesso ou insucesso das suas intervenções e deve existir uma atuação conjunta dos profissionais, proporcionando uma intervenção diagnóstica educacional e terapêutica

de caracter integrado, em que o responsável de cada área avalia as condições e necessidades de cada paciente e discute as intervenções necessárias com os outros profissionais (FORTI; FAÇANHA; CÂMARA, 2011).

Para que esta interdisciplinaridade ocorra efetivamente é muito importante que os profissionais de saúde se reúnam para planejarem e avaliarem as ações, com troca de informações e experiências, sempre respeitando, reconhecendo e incorporando a experiência individual dentro de um processo colaborativo e integrado (FORTI; FAÇANHA; CÂMARA, 2011).

Um desafio para o profissional de saúde na rede básica é a adesão ao tratamento medicamentoso para as doenças crônicas em geral e não do paciente portador de diabetes.

Segundo Coelho; Nobre (2006), quando ocorre uma adesão inadequada à terapêutica, o médico pode julgar erroneamente o tratamento instituído, supondo que ele não teve uma boa eficácia. Este fato pode levar o profissional a buscar outra estratégia terapêutica aumentando a dosagem ou substituindo o medicamento ou ainda, a adição de um novo fármaco.

Para evitar que este fato seja rotineiro na dinâmica de trabalho da equipe de saúde, ela deve atuar na prevenção afetiva que significa mais atenção a saúde de forma eficaz. Isso pode ser feito através da prevenção do início do DM (prevenção primária) ou de suas complicações agudas ou crônicas (prevenção secundária) (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

A equipe de saúde da família deve facilitar e apoiar o desenvolvimento e a sustentabilidade dos cuidados adequados ao longo do ciclo de vida, ao indivíduo, às famílias e às comunidades de forma equânime. Desenvolver autonomia para o autocuidado. Prestar esclarecimentos à comunidade sobre os fatores de risco para o diabetes, orientando-a sobre as medidas de prevenção, verificar o comparecimento dos pacientes diabéticos e hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde, perguntar, sempre, ao paciente hipertenso e ou diabético se o mesmo está tomando os medicamentos de forma regular e se está cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas (FORTI; FAÇANHA; CÂMARA, 2011).

Diabetes, por ser doença crônica e uma doença com forte relação com o estilo de vida, exige um acompanhamento periódico pelos profissionais de saúde. Educar pessoas com diabetes é um processo ativo por meio do qual elas aprendem sobre o diabetes para sua sobrevivência e melhora da qualidade de vida, a partir de suas necessidades, discutindo problemas do dia a dia, e praticando habilidades de um modo muito mais concreto. É fundamental no processo de aprendizado dar poder ao paciente com diabetes para tomar decisões efetivas no seu autocuidado e usar o sistema ou o profissional de saúde, somente quando necessário (FORTI; FAÇANHA; CÂMARA, 2011).

Considerando que são inúmeros os fatores que interferem na adesão dos pacientes à medicação prescrita, o profissional de enfermagem deve ser um facilitador nesse processo, criando estratégias para amenizar ou sanar estas dificuldades, apresentando soluções que resolvam ou amenizam esses fatores, transmitindo informações frequentes, ao paciente, grupos educativos e acompanhamento domiciliar para melhorar a adesão ao tratamento destes indivíduos.

A participação nas reuniões educativas possibilita maior entrosamento com a equipe de saúde e com os demais membros da comunidade, onde a troca de experiências ajuda a reforçar a importância da adesão ao tratamento (ALVES, 2007).

Segundo Malerbi (2011) compartilhar as experiências com outras pessoas ajuda pacientes e familiares no enfrentamento do diabetes. Após participarem de programas educativos, portadores e familiares passam a aceitar melhor o diabetes, aumentam a adesão ao tratamento e melhoram sua qualidade de vida.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a literatura pesquisada, percebe-se que os fatores dificultadores à adesão medicamentosa ao paciente diabético é multifatorial. Os profissionais devem, portanto, considerar o nível de escolaridade, aspectos culturais e socioeconômicos e o desconhecimento da doença pelo paciente e familiar. Alguns autores apontaram que por ser considerada uma doença crônica, educar em diabetes é um processo ativo e contínuo por meio do qual os profissionais, pacientes e familiares aprendem sobre o diabetes para a sobrevivência e melhoria da qualidade de vida.

Podemos considerar que o processo de educação deve ser integrado às intervenções clínicas e envolver todos os membros da equipe de saúde de forma interdisciplinar.

O trabalho da equipe multidisciplinar é muito importante quando o paciente integra-se a equipe na discussão do seu projeto terapêutico. Ele deve ser privilegiado e valorizado, pois tem uma participação ativa em seu tratamento.

Outro aspecto que devemos considerar essencial no tratamento do diabetes é normalizar a atividade de insulina e os níveis sanguíneos de glicose para reduzir o desenvolvimento de complicações vasculares e neuropática. Para isso é importante ter os protocolos socializados e acompanhados pela gestão.

Nesse sentido, a avaliação periódica e a modificação do plano de tratamento pelos profissionais de saúde, se efetivam por meio de consultas médicas/enfermagem (ou outro profissional da saúde) para a realização de exames periódicos.

O paciente, para manter os níveis glicêmicos dentro da normalidade, necessita de enfrentar uma maratona de procedimentos: mudança de hábitos de vida, gerenciamento da sua doença 24 horas/dia, executar várias tarefas diárias, como tomar medicamento oral e injetável, cuidar da alimentação, praticar atividade física regularmente e monitorizar o nível glicêmico.

Outro aspecto relevante é quando o profissional de saúde traça o plano terapêutico e considera a opinião do paciente; ele se sente mais motivado e suas crenças se

sobrepõem às preocupações acerca do medicamento prescrito, o que leva à maior adesão ao tratamento proposto.

Os profissionais de saúde devem ter a preocupação em garantir o bem-estar do paciente favorecendo o seu retorno às consultas, o que contribui para o seguimento adequado.

Acredito que para o enfermeiro e demais membros da equipe é de fundamental importância compreender o processo de viver da família, que é dinâmico e sujeito a modificações ao longo dos diferentes estágios do ciclo de vida familiar e propor estratégias conjuntas para melhorar o nível de adesão do paciente ao tratamento do diabetes evitando assim suas complicações e melhorando a qualidade de vida do paciente e sua família.

Finalizando, ressalta-se que as dificuldades encontradas pela equipe da saúde da família em conseguir uma adesão do tratamento da diabetes estão relacionadas com a multifatorialidade de causas e que devem perpetuar ainda por algum tempo considerando que elas devem ser enfrentadas tanto pela família como pelo paciente em um trabalho conjunto.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, G. G.; AERTS. D. As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde da família. **ABRASCO - Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**.v.16,n.1.Rio de jan,2011
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica** - n.º 16, Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BOMBELLI M, SEGA. R.; FACCHETTI R, *et al.* Prevalence and clinical significance of a greater ambulatory versus office blood pressure («reversed white coat» condition) in a general population. **J Hypertens**, 2005.
- CARDOSO, F. C. de.; FARIA. H. P. de.; SANTOS, M. A. de. Planejamento e avaliação das ações de Saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.
- CAZARINI, R. P.; ZANETTI, M. L.; RIBEIRO, K. P; PACE, A. E; FOSS, M. C. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de Diabetes Mellitus: Porcentagem e causas, **Medicina**, Ribeirão Preto, v 35, p.142-150, abr/jun. 2002.
- COELHO, E. B.; NOBRE, F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v.13, n.1, p.51-54, 2006.
- CORDEIRO *et al.* Revisão sistemática: uma revisão narrativa **Rev. Col. Bras. Circ.** Rio de Janeiro. v.34, n.6, nov./dez., 2007.
- DANTAS. A. de O. Hipertensão arterial no idoso: fatores dificultadores para a adesão ao tratamento medicamentoso. 2011. 31f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011
- DEVELOPMENT OF THE AMERICAN ASSOCIATION OF DIABETES EDUCATORS' Diabetes Self-management Assessment AADE/UPMC Diabetes Education Outcomes Project v. 33, n. 5, September/October 2007
- DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do DM**. Sociedade Brasileira de DM, 2006.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do DM**. Sociedade Brasileira de DM, 2008.

FECHIO, .J. J.; MALERBI, F.E.K. Adesão a um programa de atividade física em adultos portadores de diabetes. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. v.48, n. 2. 267-75, 2004.

FERNANDES, J. M. **O papel do cuidador frente ao paciente acamado e a responsabilização da equipe da saúde da família**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. 2010.

FERREIRA. Sandra Roberta. Aspectos epidemiológicos do diabetes mellitus e seu impacto no indivíduo e na sociedade. **e- BOOK Diabetes na Prática Clínica**. Uma Publicação On-Line da Sociedade Brasileira de Diabetes. Capítulo 1. 1º módulo 2011.

FIGUEIREDO, N. M. A; TONINI, T. **Gerontologia: Atuação da enfermagem no processo de envelhecimento**. 1. ed. São Caetano do Sul: Yendis Ed. Ltda, 2009.

FONSECA, F. C. A; COELHO, R. Z; MALLOY-DINIZ, R; SILVA FILHO, H.C. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **J. Bras. Psiquiatr**. v.58, n.2, p.128–134, 2009.

FORTI. A. C; FAÇANHA. C; CÂMARA. G A educação em diabetes e a equipe multiprofissional . e- BOOK Diabetes na Prática Clínica. Uma Publicação On-Line da **Sociedade Brasileira de Diabetes**. Capítulo 4. 2011, 3º módulo.

GIORGI, D.M.A. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.13, n.1, p.47-50, 2006.

GROSS. J.L. *et al*. Diabetes Melito :Diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab**. v.45, n. 1, fev., p. 16-26, 2002.

INGERSKI L.M., DOLAN L.M., HOOD K.K. Explaining the family conflict-glycemic control link through psychological variables in adolescents with type 1 diabetes. *J Behav Med*. 2011

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M. P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc Saúde Coletiva**. v.8, n. 3, p. 775-82, 2003.

MALERBI, F. E. K. Adesão ao tratamento, importância da família e intervenções comportamentais em diabetes. **e-book diabetes na Prática clínica**. 4º módulo, 2011.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa: Planejamento e execuções de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretações de dados**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARQUEZ, C. E.; VEGAZO G. O.; CLAROS, N. M. Efficacy of telephone and mail intervention in patient compliance with antihypertensive drugs in hypertension. ETECUM-HTA study. **Blood Press**. 2005.

PACE, A. E; NUNES, P. D.; OCHOA-VIGO, K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am.Enfermagem**. v.11, n. 3, p. 312-19, 2003.

ROSA, Roger dos Santos; SCHMIDT, Maria Inês. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999-2001. **Epidemiol. Serv. Saúde**.. v.17, n..2, p.131-134, jun. , 2008.

SARTORELLI, D. S. FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad. Saúde Pública*. v. 19. ,Sup.1. p. 29-36. 2003

SMELTER, Suzanne C., BARE, Brenda G. Brunner & Suddarth .Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica: **Histórico e Tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus**. v. 2. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 1215-1271.

SALES, N. Z. Representações Sociais no Cuidado do diabetes mellitus. 2003.170f. Tese ( Doutorado em enfermagem)- Escola de Enfermagem.Universidade Federal da Ceará. Fortaleza. 2003.

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica. 2012 <http://siab.datasus.gov.br>

SILVA I, PAIS-RIBEIRO J, CARDOSO H. Adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus: A importância das características demográficas e clínicas. **Referência**. 2:33-41, 2006.

SOARES, M. L. M. Proposta de monitoramento do idoso que está fazendo uso inadequado de medicação. 2011. 30f Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011

TAVARES, B.C. *et al*. Resiliência de pessoas com *Diabetes Mellitus*. **Texto contexto enferm**. v.20 n.4. Florianópolis out./dez. 2011. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/14.pdf). Acesso em: 16 de abril de 2012.

TORRES, Andréia. A; GUIMARÃES, Norma. G. **Adesão ao Tratamento Dietético em Pacientes Portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos no Ambulatório de Nutrição do Hospital Regional da Asa Norte**. Distrito Federal: 2007.

TORRES; R. M.; FERNANDES; J. D.; CRUZ, E. A. Adesão do portador de diabetes ao tratamento- revisão de literatura. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 2/3, p. 61-70, maio/dez. 2007.

WETZEL JR., W.; SILVEIRA, M. P. T. Hipertensão Arterial: um problema de todos. **Revista Nursing**, São Paulo, v.81, n.7, p. 70 - 75, fev., 2005.

VALLE, E. A.; VIEGAS, E.C., CASTRO, C. A. C.; TOLEDO JR, A.C. A adesão ao tratamento. **Rev Bras Clín Ter.**; v. 26, n.3, p.:83-6, 2000.

VERDECCHIA, P, REBOLDI GP, ANGELI F, SCHILLACI G, SCHWARTZ JE, PICKERING TG, IMAI Y, OHKUBO T, KARIO K. Short and long term incidence of stroke in white-coat hypertension. **Hypertens.** 2005.