

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS-UFMG
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA-NESCON
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FATORES PARA A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DOS PACIENTES PORTADORES
DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ NA
CIDADE DE JEQUITINHONHA – MG.**

RUTH DE CÁSSIA ALVES DE MATTOS

**BELO HORIZONTE /MINAS GERAIS
2009**

RUTH DE CÁSSIA ALVES DE MATTOS

**FATORES PARA A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DOS PACIENTES PORTADORES
DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ NA
CIDADE DE JEQUITINHONHA – MG.**

Trabalho apresentado para Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Valéria Tassara

BELO HORIZONTE /MINAS GERAIS

2009

RUTH DE CÁSSIA ALVES DE MATTOS

**FATORES PARA A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DOS PACIENTES PORTADORES
DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ NA
CIDADE DE JEQUITINHONHA – MG.**

Trabalho apresentado para Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Valéria Tassara

Banca Examinadora

Prof. _____

Prof. _____

Prof. _____

Aprovada em Belo Horizonte ___/___/___

Dedico

À minha família, especialmente a Alisson Rocha Pinheiro pelo incentivo, companheirismo e solidariedade. Valeu por tudo.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por me proporcionar este momento especial e transformador, dando-me sabedoria e força para vencer as dificuldades presentes nesta difícil caminhada.

A minha orientadora Valéria Tassara pela disponibilidade, carinho e estenosa ajuda neste trabalho.

Aos tutores que passaram nesta caminhada e que me conduziu para obter o espírito de busca de informações constantes.

Agradeço as pessoas que participaram desse estudo, a equipe da Estratégia Saúde da Família São José pelo apoio.

Resumo

Trata-se de um estudo em uma perspectiva quantitativa e descritiva sobre os fatores para a não adesão ao tratamento dos pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1 na equipe de saúde da família São José na cidade de Jequitinhonha – Minas Gerais. Para o levantamento desses fatores foi elaborado um questionário contendo perguntas fechadas para a população referida. Esse estudo mostrou que os fatores idade, o grau de escolaridade, o nível sócio econômico e o tipo de ocupação precisam ser levados em consideração pelos profissionais da equipe de saúde quanto à adesão dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 ao tratamento. Diante disso, a equipe de saúde poderá trabalhar na reformulação de medidas voltadas para o cuidado e a prevenção, reduzindo assim, o número de complicações e auxiliando na melhora da qualidade de vida dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus na Estratégia Saúde da Família São José na cidade de Jequitinhonha – Minas Gerais.

Abstract

It is a study in a descriptive and quantitative perspective on the factors for the non-adherence to treatment of people with diabetes mellitus 1 patients in family health team are José in the city of Jequitinhonha – Minas Gerais. For the removal of these factors was drafted a questionnaire containing closed questions referred to the population. This study showed that the factors age, degree of education, socio economic level and the type of occupation must be taken into account by professional health staff regarding the accession of people with Diabetes Mellitus treatment. That said, health team can work in drafting measures geared to the care and prevention, thus reducing the number of complications, and assisting in the improvement of quality of life of people with Diabetes Mellitus 1 patients in family health strategy are José in the city of Jequitinhonha – Minas Gerais.

SUMÁRIO

1- Introdução.....	9
2- Justificativa.....	11
3- Caracterização e explicação do problema.....	13
4- Plano de Intervenção.....	17
4.1 Local do estudo.....	17
4.2 Escolha da população para o tema do estudo.....	18
4.3 Utilização de questionário para o tema do estudo.....	18
4.4 Levantamento dos fatores relacionados a não adesão ao tratamento da diabetes mellitus tipo 1.....	18
5- Resultado e Discussão.....	20
6- Proposta de intervenção ao tratamento dos pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1 na equipe de saúde da família São José na cidade de Jequitinhonha – Minas Gerais.....	25
7- Conclusão.....	26
Referências	
Anexos	

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família possui uma atenção voltada à promoção da saúde, à prevenção das doenças através de um conjunto de serviços essenciais para a saúde da população e assistência e reabilitação. Busca acolher integralmente as necessidades de uma comunidade definida por limites territoriais, interferindo nos padrões de produção de saúde e doença melhorando assim os indicadores de saúde. É o primeiro nível de atenção à saúde que funciona como porta de entrada do sistema, tendo como objetivos: organização, acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e transparência.

A cidade de Jequitinhonha possui uma população de 23.966 habitantes (censo 2007), a mesma está dividida entre zona urbana e rural. O município conta com 08 equipes de saúde da família, sendo 06 na zona urbana e 02 na zona rural.

Trabalho como enfermeira há 02 anos em uma equipe de saúde da família na zona urbana na cidade de Jequitinhonha – Minas Gerais. Das atividades desempenhadas na unidade a que tive maiores problemas foi em relação aos pacientes diabéticos tipo 1 que não aderem aos tratamentos propostos.

O diabetes mellitus é uma doença crônica bastante prevalente na população, sendo reconhecido como “um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sangüíneos” (BRASIL, 2006b, p. 09). Esta doença pode ser decorrente da diminuição na produção de insulina pelo pâncreas ou no aumento de resistência a ação da insulina nas células alvo (CIPRIANO et al., 2006).

O diagnóstico do diabetes mellitus é realizado por meio da história clínica, envolvendo algumas sintomatologias clássicas como poliúria, polidipsia, polifagia, perda involuntária de peso, dentre outros, além de exames laboratoriais (BRASIL, 2002). Cabe ressaltar que esta doença é classificada em três tipos, que ocorrem mais freqüentemente, sendo o tipo 1, o tipo 2 e o diabetes gestacional, detectado durante o pré-natal, cuja etiologia não está totalmente elucidada (BRASIL, 2002).

O diabetes mellitus tornou-se um dos mais importantes problemas de saúde pública dos tempos atuais, alcançando expressiva significação como causas de doença e morte, quaisquer que sejam os países ou raças considerados. O diabetes mellitus é uma das principais causas de hospitalização no Brasil (BRASIL, 2006).

Após dois anos de experiência nessa equipe pude concluir que de todas as ações desenvolvidas na unidade a que não obteve bons resultados foi o controle da Diabetes tipo

1, assim surgiu o interesse de trabalhar esse tema com intuito de melhorar a assistência ao diabético.

2 JUSTIFICATIVA

O Diabetes Mellitus é um distúrbio causado pela falta absoluta ou relativa de insulina no organismo. Quando a insulina produzida pelo pâncreas se torna insuficiente, a glicose é impedida de ser absorvida pelas células, o que provoca a elevação dos níveis sanguíneos de glicose, cuja taxa normal, em jejum, é de 70 a 99 mg por 100 ml de sangue. O Diabetes é um dos mais graves problemas de saúde, sendo a terceira maior causa de morte no mundo, superada apenas pelas doenças cardíaco-circulatórias e câncer. No Brasil acomete 7,6% da população e em Minas Gerais, estima-se que 600 mil pessoas tenham essa doença, que apresenta alto índice de morbi-mortalidade. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

Na atualidade, o diabetes mellitus é considerado um dos mais importantes problemas de Saúde Pública, tanto pelo número de pessoas afetadas, pelas incapacitações e mortalidade prematura que pode acarretar, quanto pelos custos envolvidos no controle e tratamento das suas complicações. Esses fatores justificam o desenvolvimento de estudos não só para detectar, como também para encaminhar um processo de intervenção educativa e terapêutica, nos diversos estágios dessa doença e de suas complicações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O diabetes apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estimou que, no mesmo período de doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular.

O termo diabetes tipo 1 indica destruição da célula beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte. A destruição das células beta é geralmente causada por processo auto-imune, que pode ser detectado por auto-anticorpos circulantes como anti-descarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina, e, algumas vezes, está associado a outras doenças auto-imunes como a tireoidite de Hashimoto, a doença de Addison e a miastenia gravis. Em menor proporção, a causa da destruição das células beta é desconhecida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O desenvolvimento do diabetes tipo 1 pode ocorrer de forma rapidamente progressiva, principalmente, em crianças e adolescentes (pico de incidência entre 10 e 14 anos), ou de forma lentamente progressiva, geralmente em adultos, (LADA, *latent autoimmune diabetes in adults*; doença auto-imune latente em adultos). Esse último tipo de

diabetes, embora assemelhando-se clinicamente ao diabetes tipo 1 auto-imune, muitas vezes é erroneamente classificado como tipo 2 pelo seu aparecimento tardio. Estima-se que 5-10% dos pacientes inicialmente considerados como tendo diabetes tipo 2 podem, de fato, ter LADA. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Após desenvolver diversas ações na atenção primária de assistência aos diabéticos tipo 1 como: (exame dos níveis de glicemia capilar, grupo operativo, ações educativas sobre as condições de risco como: obesidade e vida sedentária, fornecimento de medicamentos, atendimento com nutricionista, visita domiciliar, criação de grupo de atividade física) sem alcançar as metas desejadas surgiu o interesse de trabalhar esse tema com intuito de melhorar a assistência aos diabéticos. Esse estudo vai ajudar a equipe a realizar outras abordagens na prática como: adequando-os às reais necessidades da população assistida, desenvolvendo grupos em Educação em Saúde em uma perspectiva interdisciplinar, ressaltando ao portador da doença que o DM não tem cura, entretanto, pode e deve ser controlado para que os indivíduos possam melhorar sua qualidade de vida.

3 CARACTERIZAÇÃO E EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica cuja prevalência mundial vem crescendo dramaticamente nos últimos anos. O aumento da expectativa de vida e o decorrente envelhecimento populacional, assim como o aumento da prevalência de obesidade e sedentarismo, têm contribuído para a elevação do número de pacientes diabéticos na população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população, de 30 a 69 anos de idade, residente em áreas metropolitanas brasileiras. Essa prevalência variava de 3% a 17% entre as faixas de 30-39 e de 60-69 anos. A prevalência da tolerância à glicose diminuída era igualmente de 8%, variando de 6 a 11% entre as mesmas faixas etárias. Hoje estima-se 11% da população igual ou superior a 40 anos, o que representa cerca de 5 milhões e meio de portadores (população estimada IBGE 2005).

Este estudo pretende verificar os fatores para a não adesão ao tratamento dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 na Estratégia Saúde da Família São José na cidade de Jequitinhonha – Minas Gerais

O crescimento das doenças crônicas relaciona-se, em grande parte, com hábitos de vida adquiridos em nossa época. Entre eles, destacam-se duas mudanças fundamentais: o aumento do consumo de alimentos de alta densidade calórica (com alta razão kcal/g), normalmente ricos em gorduras e carboidratos simples e pobres em carboidratos não refinados; e o declínio do gasto energético associado ao transporte motorizado, à mecanização do trabalho e outros aspectos do desenvolvimento tecnológico.

A transição epidemiológica de sociedades em que predominavam as doenças infecciosas e a desnutrição para sociedade em que predominam as doenças crônicas, observadas inicialmente nos países desenvolvidos, é observada agora plenamente também nos países em desenvolvimento. Nestes, a transição manifestou-se rapidamente no final do século XX, resultando na assim chamada “dupla carga” de doenças, em que o ônus das novas doenças crônicas juntou-se ao de problemas infecciosos e de carência alimentar ainda não resolvidos. Essa dupla carga exige políticas integradas que enfrentem os dois lados do problema, o que já começou a ser feito no Brasil.

Mudanças de estilo de vida devem ser observadas ao longo de todo ciclo vital, desde a concepção até a terceira idade. Fatores na vida intra-uterina, como retardo do crescimento intra-uterino, parto prematuro, desnutrição uterina e fatores intergeracionais (os efeitos do

fumo na gestação manifestando-se na próxima geração e o baixo peso ao nascer) podem determinar o desenvolvimento futuro das doenças crônicas (DUNCAN *et al.*, 2006).

Atualmente, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de risco, que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A hipertensão arterial e o diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional.

Diabetes Mellitus é uma síndrome decorrente da falta ou da incapacidade da insulina (hormônio) exercer adequadamente seus efeitos, que envolvem o metabolismo da glicose, das gorduras e das proteínas no organismo. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e Diabetes Mellitus gestacional. Ainda existem duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes e de doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2000).

O DM1 tem maior incidência em crianças, adolescente e adultos jovens; possui início abrupto dos sintomas; ocorre principalmente em pacientes magros com facilidades para cetose e grandes flutuações da glicemia; pouca influência hereditária e deterioração clínica se não tratada imediatamente com insulina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2000).

O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é forma presente em 90%-95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e na secreção da insulina. Em geral ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta, porém pode haver predomínio de um deles. A maioria dos pacientes com essa forma de DM apresenta sobrepeso ou obesidade, sendo que a cetoacidose raramente desenvolve-se espontaneamente, ocorrendo apenas quando associada a outras condições como infecções. O DM2 pode ocorrer em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos. Os pacientes não são dependentes de insulina exógena para sobrevivência, porém podem necessitar de tratamento com insulina para obtenção de um controle metabólico adequado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2000).

Nos últimos anos, uma grande atenção tem sido dada a um aspecto fundamental do tratamento da diabetes – a educação. Esta consiste em um conjunto de medidas que tem por objetivo aumentar a motivação, a participação, e o aprendizado sobre a doença (que inclui

além do conhecimento específico sobre DM, o desenvolvimento de habilidades para melhor conduzi-la), tanto do paciente quanto dos profissionais envolvidos.

A educação em saúde para pessoas diabéticas precisa configurar-se em um processo contínuo, abrangente, de modo a incluir não apenas informações sobre o tratamento médico tradicional, mas também fatores ambientais, maneiras de compreender e de lidar com o diabetes e, sobretudo, proporcionar espaço apropriado para as relações de acolhimento, criação de vínculos entre usuários e profissionais da saúde e proporcionar maior autonomia a essas pessoas de modo a conviverem com o diabetes de uma forma saudável. Para que isso aconteça, as instituições de saúde necessitam mudar as estratégias tradicionais de cuidado às pessoas diabéticas. Há necessidade de fugir de algumas formas de educação instituídas e penetrar um pouco mais na maneira de pensar e agir do instituinte, a fim de construir um espaço dialógico e de participação ativa dos usuários no processo educativo (RABELLO E PADILHA, 1999).

Sabe-se que remover fatores de risco é de competência da equipe de saúde na prevenção do DM e de suas complicações. Deve-se enfatizar o controle de tabagismo, da obesidade, do sedentarismo, do consumo de sal e bebidas alcoólicas e o estímulo a uma alimentação saudável. A equipe de saúde deve realizar campanhas educativas periódicas, abordando fatores de risco para DM, programar periodicamente as atividades de lazer individual e comunitário, reafirmar a importância dessas medidas para uma população especial: a de indivíduos considerados como intolerantes à glicose (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Investir em ações de prevenção e promoção a saúde é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos. A tecnologia aliada à saúde trouxe, positivamente, um aprimoramento das técnicas, dos equipamentos e tratamentos. Por outro lado, a sua incorporação na sistematização do atendimento gerou um aumento no custo para o setor público de saúde para garantir acesso universal no acompanhamento de doenças crônicas como o DM tipo 1.

Nesse sentido, a Atenção Básica é relevante, pois nesta estão inseridos os programas e conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação para o DM. Estas ações são desenvolvidas sob a forma de trabalho em equipe e são dirigidas às populações de territórios bem delimitados. Na atualidade estas ações são desenvolvidas principalmente na Equipe de Saúde da Família (ESF). Neste os profissionais de saúde assumem responsabilidade e direcionam suas ações para resolverem os problemas de saúde de maior prevalência e magnitude das populações.

No contexto da Atenção Básica a atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF) é fundamental para que as ações de saúde tenham impacto na prevenção e no controle desse agravo. O fundamento básico deste programa são as ações de promoção à saúde e de garantia de acesso integral ao controle de agravos. Outro lado que demonstra a importância das ações de controle e de prevenção do DM desenvolvidas pelas ESF é que 78% da população brasileira dependem dos serviços públicos de saúde (IBGE, 2008).

No controle e prevenção do diabetes são duas vertentes de atuação da ESF. A primeira está voltada para a prevenção de novos casos de Diabetes na população da ESF, na qual, as ações de educação em saúde têm papel fundamental, no sentido de interagir conhecimentos que possam possibilitar as pessoas uma decisão segura e autônoma, frente aos fatores de risco para esse agravo. Isso significa reduzir os componentes de risco na população-alvo como sedentarismo, obesidade, alcoolismo dentre outras.

A segunda refere-se ao controle do diabetes na população portadora desse agravo, o que significa a garantia da integralidade das ações de controle, como fornecimento de medicações hipoglicemiantes, medidas educacionais, consulta médica, de enfermagem e visita domiciliar realizada pelo agente de saúde, dentre outras.

Ainda em relação às ações de controle do diabetes podemos considerar o uso regular de medicamentos. Os medicamentos hipoglicemiantes orais são substâncias que, quando ingeridas, têm finalidade de baixar a glicemia e mantê-la normal (jejum < 100mg/dl e pós prandial < 140mg/dl). A glicemia capilar (ponta de dedo) antes das refeições, particularmente antes do café da manhã, deverá atingir valor menor do que 110mg/dl e 2hs após as refeições, menor do que 130-140mg/dl (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2000).

Em relação aos antidiabéticos orais os resultados mostraram que 93,7% dos indivíduos fazem uso da medicação regularmente conforme prescrito pelo médico. Isto está associado às reuniões realizadas mensalmente com o grupo de pessoas diabéticas. Além disso, outro fator que pode estar contribuindo para esta alta adesão aos medicamentos são as visitas de acompanhamento das pessoas com DM pelo agente comunitário de saúde (ACS), 28,1% dos indivíduos estudados fazem uso dos antidiabéticos orais combinado com insulina NPH. O tratamento combinado de insulina com antidiabéticos orais permite um controle comparável ou superior ao uso isolado de insulina, especialmente quando é realizado na forma de uma dose diária. Alguns estudos indicam que o tratamento combinado com metformina seria mais efetivo em obter um melhor controle glicêmico associado ao menor ganho de peso e menor frequência de hipoglicemia (MINISTERIO DA SAÚDE, 1998).

Deve haver uma ênfase para a orientação quanto ao uso do medicamento, o horário mais conveniente, a relação com alimentos, com sono, diurese e os mecanismos de ação. Outros aspectos relacionados ao uso de medicação regular devem ser considerados como:

1. escolarização – muitos não sabem ler a receita e nem o nome do medicamento;
2. questões culturais – a forma como a pessoa dá sentido a doença no seu cotidiano e nas suas relações sociais;
3. conhecimento – está relacionado com a medicação que está sendo utilizada assim como a doença e seus fatores associados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Neste contexto torna-se importante à avaliação das ações de controle que ocorrem nos níveis locais de assistência da Atenção Básica de Saúde. Ressalta-se novamente, que a ESF desempenha papel fundamental no planejamento e na operacionalização de ações para vigilância a saúde, promoção, prevenção, reabilitação da saúde, no contexto família e em uma localidade.

4 PLANO DE INTERVENÇÃO

4.1 Local do estudo

Este estudo foi desenvolvido no município de Jequitinhonha, localizado na região nordeste do estado de Minas Gerais, mais especificamente no baixo Jequitinhonha, região das mais pobres do Brasil. Jequitinhonha significa na linguagem indígena da região, um rio largo, cheio de peixe. Possui uma população de 23.966 habitantes, clima quente, com chuvas escassas, concentradas no verão e com significativa variabilidade. Chove pouco e a chuva é mal distribuída ao longo do ano. A sua vegetação é de cerrado semi-árido e campo de capim coloniã, com pontos de mata atlântica. O rio Jequitinhonha divide o município em duas partes - 65% à margem esquerda e 35% à margem direita o que dificulta o acesso da população que habita as outras margens. A densidade demográfica do município é de 6,54 ha/km². Segundo a fundação João Pinheiro o índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,668 sendo pequeno em relação a outros municípios de Minas Gerais.

Os serviços municipais de saúde contam com um hospital filantrópico, com 84 leitos, credenciado pelo SUS. Possui plantão de 24hs. Realiza cirurgias eletivas, urgências e emergências. Possui as seguintes especialidades: cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia,

cardiologia, pediatria e anestesiologia. O município possui oito equipes de Equipes de Saúde da Família, cinco na zona urbana e duas na zona rural. Dentre as equipes em funcionamento cinco possuem saúde bucal.

O estudo foi realizado na área de abrangência da ESF São José, situado na periferia da cidade. A população vinculada ao ESF São José é composta por 2.543 pessoas e 754 famílias cadastradas - sendo que o maior número de indivíduos encontra-se na faixa etária de 20 a 39 anos. Segundo dados do Sistema de informação de Atenção Básica (SIAB 2009) todos recebem água clorada, sendo que aproximadamente 97% das pessoas possuem filtro.

4.2 Escolha da população para o tema do estudo

Segundo o banco de dados Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB 2009) da Equipe Saúde da Família São José, a população total de diabéticos tipo 1 são 18 indivíduos. Todos foram convidados a participarem do presente estudo, os mesmos aceitaram e foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa tendo assinado o Termo de Livre Consentimento Esclarecido (TLCE) (Anexo 1).

4.3 Utilização de questionário para o tema do estudo

Utilizou-se um questionário com 15 questões, sendo 05 referentes à caracterização sócio demográfica, 03 referentes ao Diabetes Mellitus, 05 referentes ao comportamento e 02 questões referente aos indicadores clínicos (glicemia capilar) para a população de pacientes portadores de diabete mellitus cadastrada no banco de dados Sistema de Informação da Atenção Básica.

4.4 Levantamento dos fatores relacionados a não adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus

A população estudada foi composta por 18 clientes diabéticos tipo 1, sendo que os do sexo feminino (11) foram predominantes. O sexo do indivíduo não é considerado propriamente um fator de risco, mas a mortalidade ocorre de forma singular em cada sexo.

Em relação à faixa etária os resultados mostraram que 64,5% dos diabéticos têm idade acima de 60 anos e 35,5% está entre 38 e 59 anos (Figura 1). A relação entre idade e prevalência de DM tipo 1 foi bem evidenciada pelo Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência

do Diabetes no Brasil, no qual se observou variação de 2,7% para a faixa etária de 30-59 anos e de 17,4% para de 60-69 anos, ou seja, um aumento de 6,4 vezes. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2000).

A prevalência da diabetes aumenta com a idade, podendo chegar a 20% na população com 60 anos ou mais. Atualmente, têm surgido casos de DM, em crianças e adolescentes, principalmente nas obesas e nas que apresentam características de resistência insulínica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

5 RESULTADO E DISCUSSÃO

Distribuição do fator idade com a não adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus tipo 1.

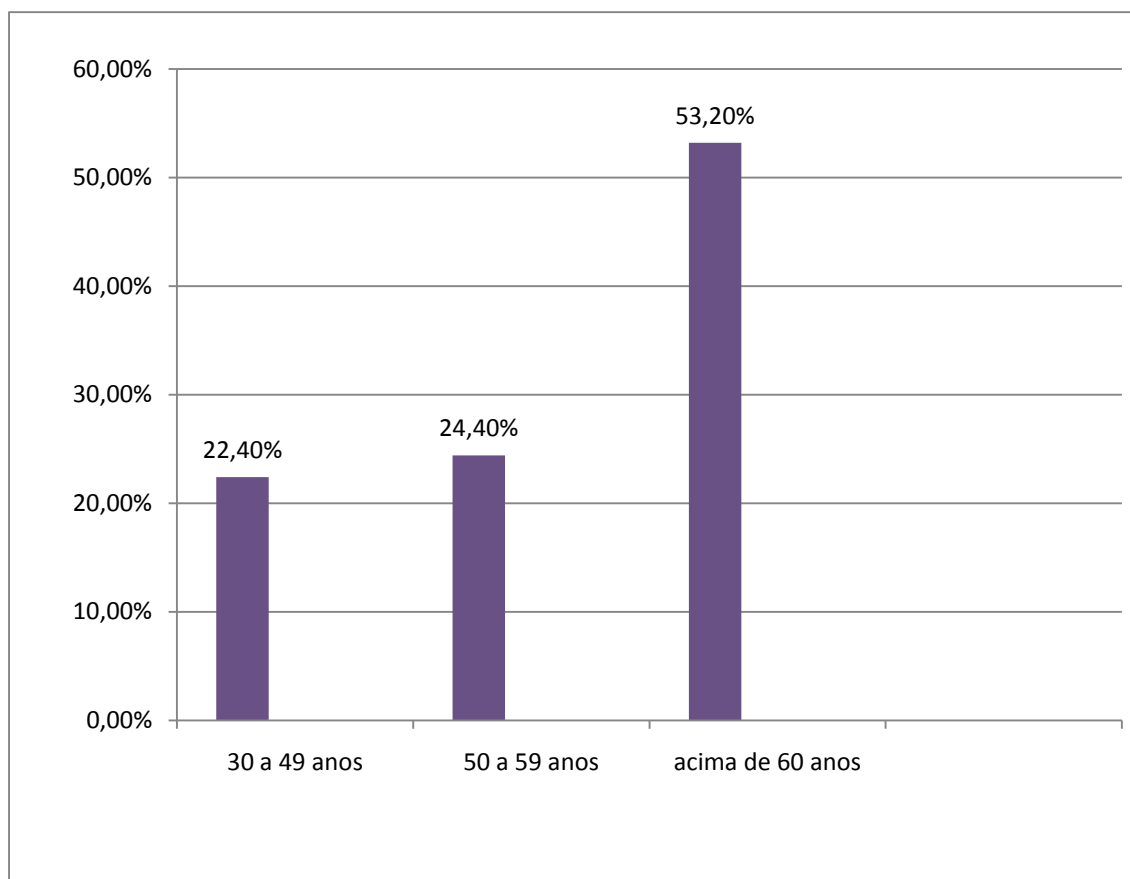


Figura 01 - Distribuição dos indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 1 segundo faixa etária – ESF São José/2009.

Os resultados deste estudo (Figura 1) apontam uma necessidade crescente dos serviços de saúde focalizar o atendimento às pessoas idosas, através de grupos de oficinas educativas, recreativas e de socialização que podem ser uma opção para integrar o elenco de atividades desenvolvidas pela ESF no controle desse agravo.

Distribuição da escolaridade com a não adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus tipo 1.

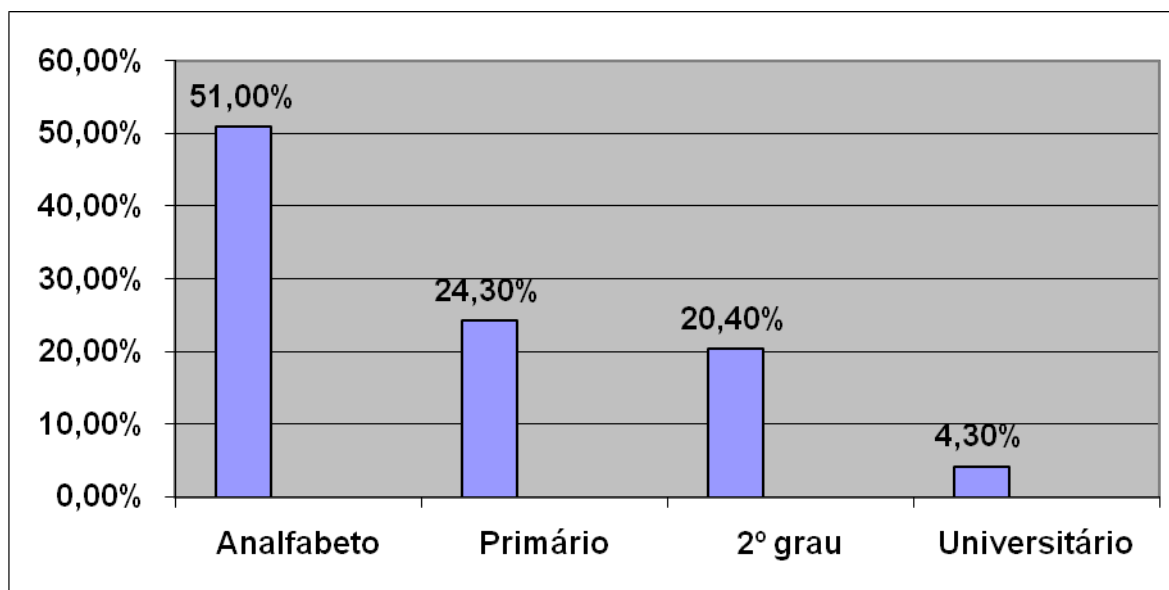


Figura 02 - Distribuição dos indivíduos com diabetes mellitus tipo 1, segundo a escolaridade – ESF São José/2009.

No que se refere à escolaridade, 49% dos indivíduos são alfabetizados sendo 24,30% 1ª a 4ª série do ensino fundamental, 20,40% possuem o 2º grau, 4,30% possuem curso superior e 51,0% são analfabetos (Figura 2). A baixa escolaridade da população estudada pode contribuir para a não adesão as medidas de controle desse agravo, visto que o nível educacional pode ser entendido como uma característica importante de forma de inserção dos indivíduos na sociedade, que pode ser decisiva para a qualidade do autocuidado e para a capacidade de interpretar informações relativas a comportamentos preventivos para a proteção a saúde.

Os dados referentes à escolaridade podem servir de alerta para os profissionais da saúde no que se refere à orientação dessas pessoas, pois necessitam utilizar uma linguagem acessível, principalmente, quando se trata de orientação e ou educação para a prevenção de complicações. Os profissionais deverão ter o cuidado de utilizar uma linguagem acessível, além de envolver os usuários em um processo educativo com participação ativa, a fim de torná-los co-responsáveis pelo empreendimento (RABELLO E PADILHA, 1999).

Relação nível sócio econômico com a não adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus tipo1.

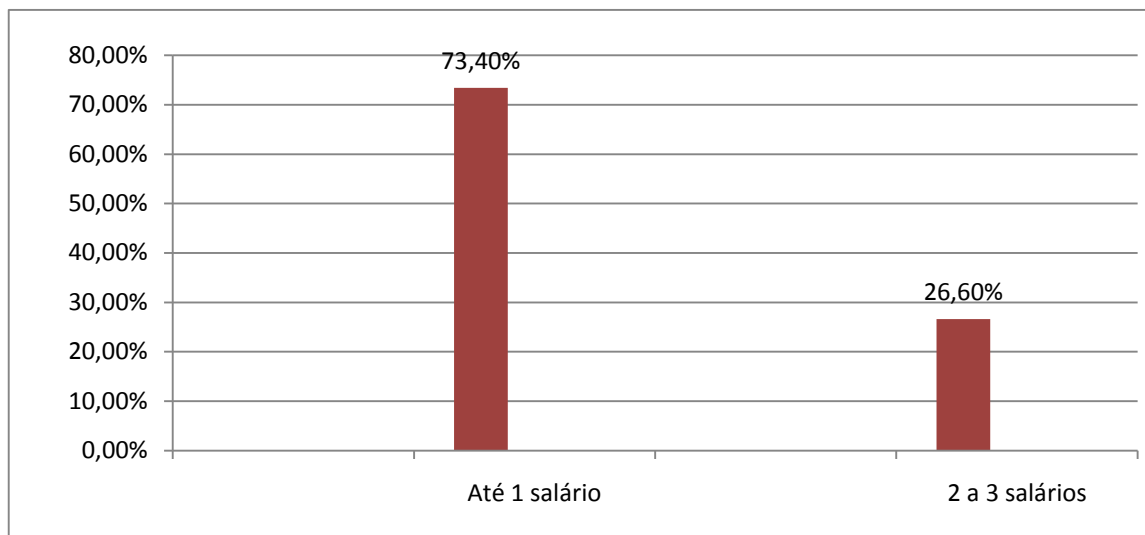


Figura 03 - Distribuição dos indivíduos com diabetes mellitus tipo 1, segundo a situação sócio econômica – ESF São José/2009.

Outro aspecto avaliado diz respeito à situação sócio econômica. A maioria dos indivíduos (73,40%) pertence à família com renda de 1 salário mínimo, sendo essa população desfavorecida economicamente. Este fato já está bem documentado na literatura, para a maior parte da população das cidades que integram o Vale do Jequitinhonha Minas Geral, por ser esta uma das regiões mais pobres do Brasil (FERREIRA, 1999).

Relação ocupação com a não adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus tipo 1.

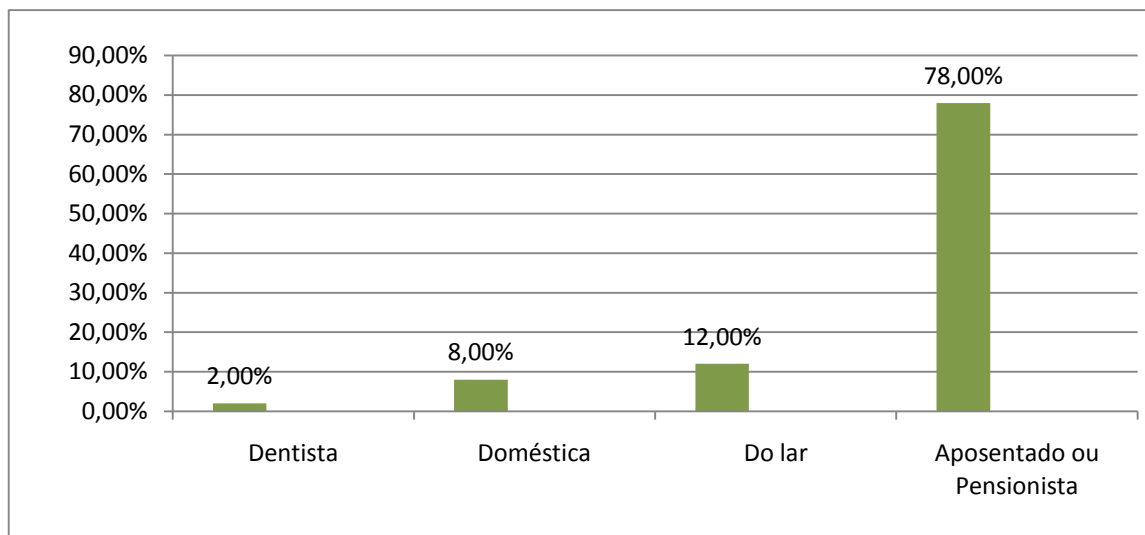


Figura 04 - Distribuição dos indivíduos com diabetes mellitus tipo 1, segundo a ocupação – ESF São José/2009.

No que refere à ocupação, apresentamos na (figura 4) os dados mostram que 78% são aposentados ou pensionistas. Entretanto, ser aposentado ou pensionista não significa por si só que essas pessoas não estejam exercendo outras atividades.

Segundo dados apresentados no manual de controle de HAS e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), o sedentarismo representa o fator de maior risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares, associado a ele a obesidade ocupa o 4º lugar no rank desses fatores. Na Atenção Básica podemos ressaltar iniciativas que visam motivar a atividade física com a participação dos profissionais de saúde junto com os usuários nas atividades de alongamento, caminhada e passeios.

Em relação à prática de atividades físicas, a maioria dos diabéticos (82,4%), relatou que não pratica nenhuma atividade física tais como: caminhada, natação, ginástica e ciclismo. Diante desse resultado há uma real necessidade de programas educativos que sensibilize os indivíduos a praticar algum exercício. A execução de tais atividades é recomendada para auxiliar no controle do diabetes.

Entretanto, é de fundamental importância a participação de profissionais da fisioterapia e de educação física na elaboração de planos de atividade física para as pessoas com DM tipo 1.

Em relação à dieta alimentar 31,6% dos participantes do estudo segue a dieta alimentar com redução de ingestão de gordura de origem vegetal, carboidratos e açúcares e 68,4% dos indivíduos não seguem um plano alimentar saudável para o tratamento do DM tipo 1.

A assistência a saúde tem sido enfocada cada vez mais, com equipes multiprofissionais incluindo a abordagem psicológica se faz necessária, porque a integridade biopsicossocial do paciente é condição decisiva para favorecer os cuidados com a doença, resultando em melhor qualidade de vida para ele.

Em relação à glicemia capilar em jejum 85% apresenta uma inconstância no valor normal que seria menor que 100mg/dl nos três meses que foram avaliados, devido a não adesão da dieta e exercício físico.

Um grande avanço no monitoramento do tratamento nos pacientes diabéticos foi à possibilidade de se avaliar a glicemia do sangue capilar, através das tiras regentes de leitura comparativa ou óptica.

A automonitoração é recomendada para todos os pacientes em uso de insulina. Quando possível, deve ser recomendada para aqueles em uso de sulfonilurías, principalmente pacientes com difícil controle.

A frequência ideal da avaliação glicêmica não está bem definida, mas deve ser suficiente para a obtenção dos objetivos terapêuticos. Alguns recomendam uma avaliação diária, em horários diferentes, de modo que todos os períodos e diferentes situações sejam avaliados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO AO TRATAMENTO DOS PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ NA CIDADE DE JEQUITINHONHA – MINAS GERAIS.

A partir deste estudo foi possível levantar diretrizes como fundamentais no processo de tratamento de intervenção aos pacientes diabéticos da Equipe de Saúde São José, tais como:

- Disponibilizar atividades educativas com o intuito de prevenir complicações e promover melhor adaptação do paciente à doença;
- Orientar o paciente a respeito do auto-cuidado e sobre as complicações que a doença pode ocasionar;
- Realizar consultas de Enfermagem que objetivam estender os conhecimentos do paciente acerca do Diabetes conscientizando-o da importância da mudança de comportamentos e atitudes a fim de conquistar auto – estima, vontade de aprender, controlar o Diabetes, proporcionando uma convivência mais feliz no seio familiar e no contexto social;
- Disponibilizar uma equipe multiprofissional no sentido de fornecer ao paciente apoio psicológico, orientações, bem como auxiliar no controle de complicações;
- Proporcionar apoio emocional à família e paciente.

Essas diretrizes foram discutidas com os outros profissionais da equipe de saúde (médico, dentista, fisioterapeuta, nutricionista e agentes comunitários de saúde) com intuito de trabalhar na reformulação de medidas voltadas para o cuidado e a prevenção, reduzindo assim, o número de complicações e auxiliando na melhora da qualidade de vida dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1.

7 CONCLUSÃO

Neste estudo foi observado que através das ações desenvolvidas na Equipe de Saúde da Família São José, como: realização dos exames de glicemia capilar, grupo operativo, palestras educativas sobre as condições de risco; acompanhamento com equipe multiprofissional; visita domiciliar e referencia para centros especializados quando necessário, as ações de assistência prestada aos portadores de DM tipo 1 no município de Jequitinhonha são realizadas; porém com pouca adesão. A maioria dos participantes sabe dos fatores de risco e das medidas de prevenção, mas não dão a devida importância para a doença. Aliado a isto, o estudo demonstrou que os fatores idade, o nível sócio econômico, o grau de escolaridade e a ocupação são motivos da não adesão ao tratamento da diabetes.

O curso de Especialização contribuiu para repensar a prática profissional enquanto integrante de uma equipe de saúde da família, diante dos resultados encontrados, conclui que os profissionais de saúde podem melhorar suas ações, no sentido de adequar as reais necessidades da população assistida, oferecendo um atendimento multiprofissional, ressaltando ao portador da doença que o DM1 tipo 1 não tem cura, entretanto, pode e deve ser controlado para que os indivíduos possam melhorar sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. *Manual de diabetes - O atendimento do diabético na rede básica de saúde*, p. 86-89, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 58p. (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A; Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

CIPRIANO, Dilênia de Oliveira; LIMA, Heidy Vieira; SOUZA, Ana Aparecida dos Santos; SILVA, Maria Cleide Freire Clementino da; SANTOS, Ana Célia Oliveira dos. Frequência de indivíduos com intolerância à glicose em jejum em um hospital universitário: comparação de critérios diagnósticos. *Jornal Brasileiro de Patologia Médica e Laboratorial*. Rio de Janeiro, v.42, n.3, p.419-423, dez. 2006. Disponível em: www.scielo.br/pdf/jbpm/v42n6/a03v42n6.pdf. Acesso em: 25 abr. 2009.

CORRÊA, E.J., Vasconcelos, M. e Souza, M.S.L. *Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos*. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2009. 96p.il.

DUCAN, Bruce *et al.* *Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária baseada em evidências*. 3ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

FERREIRA, A.V.B. - A formação da rede urbana no Vale do Jequitinhonha/MG. 1999 - 140 p - Tese (Mestrado em Geografia). Instituto de Geociências, Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA (IBGE) - *Relatório populacional dos municípios brasileiros*. 2008. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em 16 de ago. 2009.

MALERBI DA. Estudo da prevalência do diabetes mellitus no Brasil. (dissertação). São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, USP, 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Doenças crônicas degenerativas: evolução e tendências atuais*. Brasília (DF), 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus*. Informe da Atenção Básica, Brasília, n 59 - 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília, 2003.

RABELO E, PADILHA MJCS. *A qualidade de vida e cliente diabético: um desafio para cliente e enfermeira*. *Texto Contexto Enfermagem* 1999 setembro/dezembro; 8 (3):250-62.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Consenso brasileiro sobre diabetes: diagnóstico e classificação e tratamento do diabetes mellitus tipo 2.* São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2000.

TOLEDO, Luciano et al. *Estatística Básica.* São Paulo: Atlas, 1991.

ANEXOS

ANEXO 1- Questionário sobre o motivo da não adesão ao tratamento dos clientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 na ESF São José – Jequitinhonha/MG.

Nome: _____

1 - Idade: _____

2 - Sexo: _____

3 - Ocupação: _____

4 - Renda: _____

5 - Escolaridade: _____

6 - Você sabe o que é diabetes?

() Sim () Não

7 - Faz dieta?

() Sim () Não

8 - Faz exercício físico regularmente?

() Sim () Não

9 - Você fuma?

() Sim () Não

10 - Faz uso de bebida alcoólica?

() Sim () Não

11- Você frequenta a unidade de saúde pelo menos uma vez ao mês?

() Sim () Não

12 - Você faz uso da medicação nos horários prescritos pelo médico?

() Sim () Não

13 - Você já consultou com uma nutricionista alguma vez?

() Sim () Não

14 - Confere o valor glicêmico pelo menos 02 vezes por mês?

() Sim () Não

15 - O controle adequado do diabetes envolve muito sacrifício e inconvenientes?

() Sim () Não

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: **”Motivo da não adesão ao tratamento dos clientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 na Estratégia Saúde da Família São José na cidade de Jequitinhonha – Minas Gerais”**.

Profissional responsável pelo estudo: **Ruth de Cássia Alves de Mattos**

Prezado (a) Cliente,

Você está sendo convidado (a) a responder um questionário sobre o motivo da não adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus, como parte do estudo: **”Motivo da não adesão ao tratamento dos clientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 na Estratégia Saúde da Família São José na cidade de Jequitinhonha – Minas Gerais”**. Trata-se de um trabalho acadêmico para conclusão de curso em especialização em Atenção Básica em Saúde da família realizado pelo Núcleo de Educação em Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais. O objetivo deste estudo é conhecer os motivos da não adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus tipo 1 e através destes a equipe de saúde poderá trabalhar na confecção ou reformulação de medidas voltadas para o cuidado e a prevenção, na tentativa de reduzir o número de complicações e auxiliando na melhora da qualidade de vida dos usuários da Equipe de Saúde da Família São José.

Torna-se importante esclarecer que todas as informações coletadas nesse estudo são estritamente confidenciais. Somente os (as) pesquisadores (as) terão conhecimento sobre os dados, garantindo dessa forma o anonimato e a privacidade das informações obtidas, que serão tratadas de forma coletiva. O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa para participar deste estudo, bem como não será remunerado (a) por sua participação.

Após esses esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta etapa do projeto.

Desta forma preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar do estudo **”Motivo da não adesão ao tratamento dos clientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 na Estratégia Saúde da Família São José na cidade de Jequitinhonha – Minas Gerais”**, respondendo ao questionário fornecido.

Nome do participante do estudo

Assinatura do participante

Assinatura do profissional responsável pelo estudo

Telefone do profissional responsável pelo estudo

Ruth de Cássia Alves de Mattos

033- 99034124