

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
SESAU - CAMPO GRANDE - MS / FIOCRUZ**



Avaliação do controle glicêmico e elaboração de propostas de intervenção para melhorar a qualidade do cuidado ofertado a pacientes com Diabetes Mellitus em Unidades de Saúde da Família que contemplam o programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, no município de Campo Grande - MS

Campo Grande

2024

Irajá Francisco Goettems; Lucas Ribeiro da Costa Santana

Avaliação do controle glicêmico e elaboração de propostas de intervenção para melhorar a qualidade do cuidado ofertado a pacientes com Diabetes Mellitus em Unidades de Saúde da Família que contemplam o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, no município de Campo Grande - MS

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Médico de Família e Comunidade ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ Fiocruz.

Orientador:

Marcos Paulo Amaral

Campo Grande

2024

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo avaliar o controle glicêmico de indivíduos diagnosticados com Diabetes Mellitus que realizam acompanhamento médico nas Unidades de Saúde da Família que possuem o programa de residência em Medicina da Família e Comunidade FIOCRUZ/SESAU e o projeto TEIAS por meio da avaliação dos níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) e da necessidade de encaminhamento ao endocrinologista, no decorrer do ano de 2022. A partir da análise dos dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), foi possível observar que em todas as Unidades de Saúde incluídas no estudo, ainda existem déficits relacionados ao controle da doença. Considerando que a adesão ao tratamento – medicamentoso ou não – envolve fatores multidimensionais, foram elaboradas propostas de intervenção com a finalidade de melhorar a qualidade do cuidado ofertado aos pacientes com Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde no município de Campo Grande – Mato Grosso do Sul.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde; Medicina de Família e Comunidade

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	05
2. QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA.....	06
3. HIPÓTESE.....	06
4. OBJETIVOS.....	07
5. MÉTODOS.....	08
6. RESULTADOS.....	09
7. DISCUSSÃO.....	12
8. CONCLUSÕES.....	18
9. REFERÊNCIAS.....	18

1 INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica é definida como a mudança na distribuição dos padrões de saúde e doença, e caracteriza-se pela evolução de um perfil de elevada mortalidade decorrente de doenças infecciosas para a predominância de doenças crônicas não transmissíveis e decorrentes de causas externas ou das agressões ao meio ambiente, a partir das atividades humanas (OMRAN, 2005). Essas mudanças estão diretamente relacionadas à dinâmica de crescimento populacional, ao aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional e, particularmente, à urbanização, que reflete em um estilo de vida marcado pelo sedentarismo e por uma dieta caracterizada pelo consumo excessivo de alimentos com baixo valor nutricional e alto teor calórico, repercutindo em uma elevada prevalência de obesidade na população mundial (HOSSAIN; KAWAR; NAHAS, 2007).

A obesidade, definida como o excesso de gordura corporal, está associada a uma série de alterações metabólicas, como resistência insulínica, intolerância à glicose, aumento da pressão sanguínea, disfunção endotelial e aumento da inflamação, o que pode ocasionar desfechos cardiovasculares como doença coronariana, insuficiência cardíaca, arritmias, fibrilação atrial e morte súbita. Nestes pacientes, a avaliação da razão entre a circunferência da cintura e a circunferência do quadril faz-se necessária, visto que uma razão aumentada, configurando um acúmulo de gordura na região abdominal, é fator predisponente para as repercussões metabólicas e cardiovasculares apresentadas (PICHÉ, TCHERNOF, DESPRÉS, 2020).

A resistência insulínica geralmente se desenvolve a partir da deposição de gordura em órgãos viscerais, como fígado e pâncreas e, também, nas células dos tecidos musculares. O acúmulo de gordura no pâncreas gera um processo inflamatório nas ilhotas pancreáticas, resultando em uma diminuição da função e, ocasionalmente, morte das células beta. É neste contexto que se desenvolve a diabetes mellitus tipo 2, caracterizada pela ação deficitária das células beta em secretar insulina de acordo com a demanda do organismo. Por sua vez, a diabetes mellitus tipo 1 possui um componente genético importante, e o risco de desenvolver a doença está relacionado principalmente a variações em um *locus* do gene do complexo Antígeno Leucocitário Humano (HLA), modificando a apresentação de antígenos aos linfócitos T. Há cerca de 50 outros genes que participam do processo e que alteram a regulação do sistema imune, podendo afetar as células beta pancreáticas por um processo de autoimunidade presente nas ilhotas pancreáticas (SKYLER, 2017).

Estima-se que o número de pessoas com diabetes mellitus na população mundial tende a dobrar entre os anos de 2000 e 2030, baseando-se em alterações demográficas como o

aumento da proporção de indivíduos com mais de 65 anos. Dentre os países com maior número de casos de diabetes mellitus entre o período apresentado, o Brasil ocupa a 8ª posição em um ranking de 10 países, sendo a Índia o país com maior número de casos, seguido da China e Estado Unidos. Embora as projeções sejam alarmantes, e exista um componente genético importante da patogênese da doença, a história natural da doença pode ser modificada através da mudança do estilo de vida, com adequação da dieta e realização de atividade física de forma regular (WILD, 2004).

O aumento dos casos de diabetes mellitus, principalmente do tipo 2, reflete em altos custos ao sistema de saúde em países latino-americanos. Em 2030, estima-se que os gastos relacionados ao tratamento da diabetes serão responsáveis por cerca de 2.0% do Produto Interno Bruto do país (NISHIJIMA et al., 2019). Diante deste cenário, as políticas públicas com enfoque em ações de prevenção e promoção da saúde desempenham um papel crucial na mudança dos indicadores em saúde nos próximos anos. No entanto, para que estas ações sejam resolutivas, é preciso que toda a equipe de saúde esteja capacitada e que haja investimento adequado. Por este motivo, os programas de residência em Medicina da Família e Comunidade, tendo como premissa a formação de médicos especialistas nas ações em saúde efetuadas pela Atenção Primária, contribuem com a aplicação de um cuidado integral e longitudinal.

2 QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA

A partir de uma análise dos índices de controle da Diabetes Mellitus – como hemoglobina glicada – dos pacientes acompanhados nas Unidades de Saúde da Família do município de Campo Grande que possuem o programa de residência em Medicina da Família e Comunidade FIOCRUZ/SESAU (PRM-FIOCRUZ) em conjunto com Projeto TEIAS (Territórios Integrados de Atenção à Saúde), quais estratégias são necessárias para melhorar a qualidade do cuidado continuado ofertado a estes pacientes?

3 HIPÓTESE

Avaliando-se alguns indicadores em saúde como a longitudinalidade e a integralidade do cuidado, é possível observar que as unidades de saúde que participam da Estratégia Saúde da Família (ESF) apresentam melhores resultados, como aponta estudo prévio (MARTINS et al., 2016). Após a implementação do programa de residência em Medicina da Família e Comunidade nas unidades de saúde de diferentes regiões da cidade do Rio de Janeiro, observou-se um aumento do número de médicos especialistas atuando na atenção primária à saúde, com melhoria na capacitação de toda a equipe das unidades e ampliação nos investimentos e na

oferta de serviços (JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016). Por sua vez, o Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS), caracteriza-se por ser uma metodologia de planejamento estratégico para a gestão do setor público de saúde baseando-se no compromisso público com o cidadão e através da elaboração de políticas públicas e sociais para a melhoria dos serviços ofertados pela atenção primária à saúde (MENEZES, 2011). Pelas razões citadas, é possível sugerir que os indicadores de saúde analisados nas unidades que contam com os programas de residência em Medicina de Família e Comunidade e com o projeto TEIAS tendem a apresentar valores que refletem uma alta qualidade do cuidado continuado. Entretanto, devido a outros fatores como baixa adesão dos pacientes aos tratamentos propostos, baixo nível de letramento acerca do processo saúde-doença e questões socioeconômicas e culturais diversas, mesmo com os investimentos adequados e presença de profissionais qualificados, o controle de doenças crônicas não transmissíveis como a Diabetes Mellitus pode ficar prejudicada.

A partir da análise do controle glicêmico dos pacientes acompanhados nas unidades de saúde de interesse por meio dos valores de hemoglobina glicada, além dos dados referentes aos encaminhamentos à especialidade endocrinologia, é possível avaliar se existem déficits no cuidado continuado ofertado a estes pacientes, visto que na maioria dos casos, o controle glicêmico deve ser realizado na atenção primária, prevenindo a ocorrência de desfechos negativos e necessidade de atendimento em unidades de atenção terciária à saúde. Assim, após identificados os déficits, faz-se necessária a elaboração de propostas que visem à melhoria do atendimento e acompanhamento integral e longitudinal aos pacientes diagnosticados com Diabetes Mellitus, sejam eles insulínod dependentes ou não, que estão cadastrados nas USFs mencionadas nos tópicos subsequentes.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

1. Analisar os dados referentes ao controle glicêmico de pacientes com Diabetes Mellitus nas unidades de saúde que possuem o programa de residência em Medicina da Família e Comunidade FIOCRUZ/SESAU (PRM-FIOCRUZ) e o projeto TEIAS (Territórios Integrados de Atenção à Saúde).

4.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

1. Discutir os dados quantitativos relativos aos indicadores de controle de pacientes diagnosticados com Diabetes Mellitus acompanhados por Unidades de Saúde da Família que

possuem o programa de residência em Medicina da Família e Comunidade FIOCRUZ/SESAU e o projeto TEIAS a partir da avaliação dos níveis de hemoglobina glicada (HbA1c).

2. Discutir os dados quantitativos relativos aos encaminhamentos para a especialidade médica endocrinologia a partir das Unidades de Saúde da Família que possuem o programa de residência em Medicina da Família e Comunidade FIOCRUZ/SESAU e com o projeto TEIAS.

3. Avaliar a efetividade do programa de residência em Medicina da Família e Comunidade FIOCRUZ/SESAU na qualidade do controle da Diabetes Mellitus em pacientes que realizam acompanhamento em Unidades de Saúde da Família que possuem o programa de residência em Medicina da Família e Comunidade FIOCRUZ/SESAU e o projeto TEIAS.

4. Elaborar propostas de intervenção que visem à melhoria do cuidado continuado ofertado aos pacientes diagnosticados com Diabetes Mellitus que apresentam um controle glicêmico inadequado nas Unidades de Saúde da Família que possuem o programa de residência em Medicina da Família e Comunidade FIOCRUZ/SESAU e o projeto TEIAS.

5 MÉTODOS

O presente trabalho se trata de um estudo transversal, retrospectivo e descritivo acerca do *status* glicêmico de pacientes diagnosticados com Diabetes Mellitus do tipo II que realizam acompanhamento médico nas Unidades de Saúde da Família do município de Campo Grande – Mato Grosso do Sul no ano de 2022.

Participantes

Foram incluídos no estudo pacientes adultos (maiores de 18 anos) cadastrados nas seguintes Unidades de Saúde da Família do município de Campo Grande – Mato Grosso do Sul: Coophavila II, Jardim Batistão, Oliveira II, Jardim Itamaracá, Moreninha III, Tiradentes, Jardim Noroeste, Paulo Coelho, Serradinho e Vida Nova.

Coleta de dados

As variáveis independentes como o valor da hemoglobina glicada (HbA1c) e número de encaminhamentos para consulta com médico(a) endocrinologista via Sistema de Regulação (SISREG), foram extraídas dos dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SESAU).

Variáveis analisadas

Tabela 1 – variáveis analisadas

Variáveis dependentes
Hemoglobina glicada (HbA1c)
Consultas em endocrinologia
Variável independente
Ser acompanhado por uma Unidade de Saúde da Família que possui o PRM-MFC e o projeto TEIAS
Desfecho esperado
Alto índice de controle glicêmico, avaliado pelos valores de HbA1c e necessidade de encaminhamento ao endocrinologista

Fonte: Irajá Francisco Goettems; Lucas Ribeiro da Costa Santana

Análise de dados

A variável “hemoglobina glicada (HbA1c)” foi analisada descritivamente, utilizando-se os valores máximos e mínimos encontrados e as medidas estatísticas média, desvio padrão, mediana e variância. A variável “consultas em endocrinologia” também foi analisada descritivamente, a partir dos dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), utilizando-se o registro do número de encaminhamentos solicitados, distribuição das consultas em endocrinologia por município, distribuição por faixa etária e distribuição por unidade executante. Os resultados foram apresentados em formato de gráficos e tabelas e discutidos no corpo do presente artigo.

6 RESULTADOS

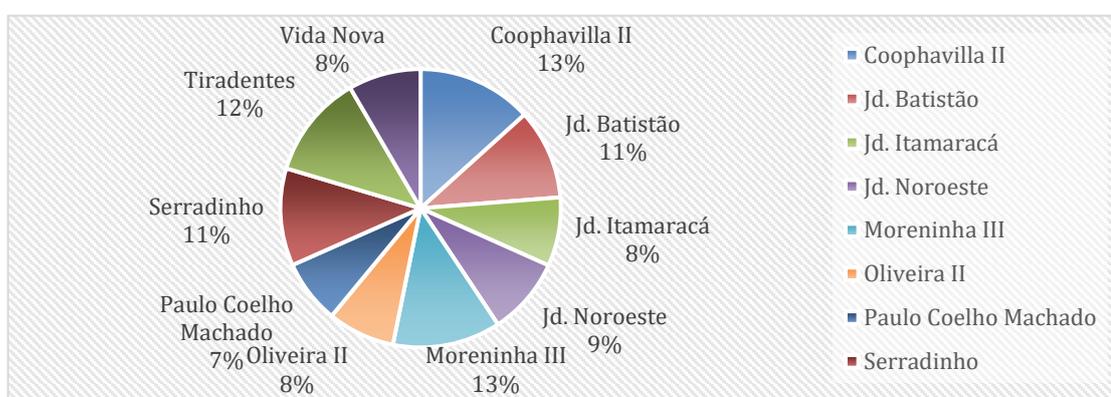
Foram analisados os dados referentes às seguintes Unidades de Saúde da Família, todas vinculadas ao projeto TEIAS e ao Programa de Residência em Medicina da Família e Comunidade (PRM-MFC FIOCRUZ): Coophavila II, Jardim Batistão e Oliveira II (Distrito Lagoa); Jardim Itamaracá, Moreninha III e Tiradentes (Distrito Bandeira); Jardim Noroeste (Distrito Prosa); Paulo Coelho (Distrito Anhanduzinho); Serradinho (Distrito Imbirussu) e; Vida Nova (Distrito Segredo). A análise comparativa geral dos registros de hemoglobina glicada dos pacientes com Diabetes Mellitus tipo II (insulinodependentes ou não) atendidos nestas unidades está descrita na tabela abaixo:

Tabela 2 – comparativo geral da hemoglobina glicada entre as USFs

USF	Coophavilla II	Jd. Batistão	Jd. Itamaracá	Jd. Noroeste	Moreninha III	Oliveira II	Paulo Coelho	Serradinho	Tiradentes	Vida Nova
Média	6,846523	6,75126	6,87316	7,01848	7,049004	6,556073	6,491943	6,575994	6,765543	7,139231
Desvio Padrão	2,049198	2,030364	2,137395	2,387079	2,206183	1,889801	2,000981	2,098705	2,056327	2,362701
Mediana	6	6	6	6	6,1	5,9	5,8	5,8	6	6,1
Máximo	17,7	18,2	18,3	17,5	18,2	18	17,6	18,4	17,7	18,3
Mínimo	3,9	4,1	3,9	3,9	3,9	4,2	4,1	4,1	3,8	3,9
Variância	4,199211	4,12238	4,568458	5,698147	4,867245	3,571348	4,003927	4,404563	4,228483	5,582358

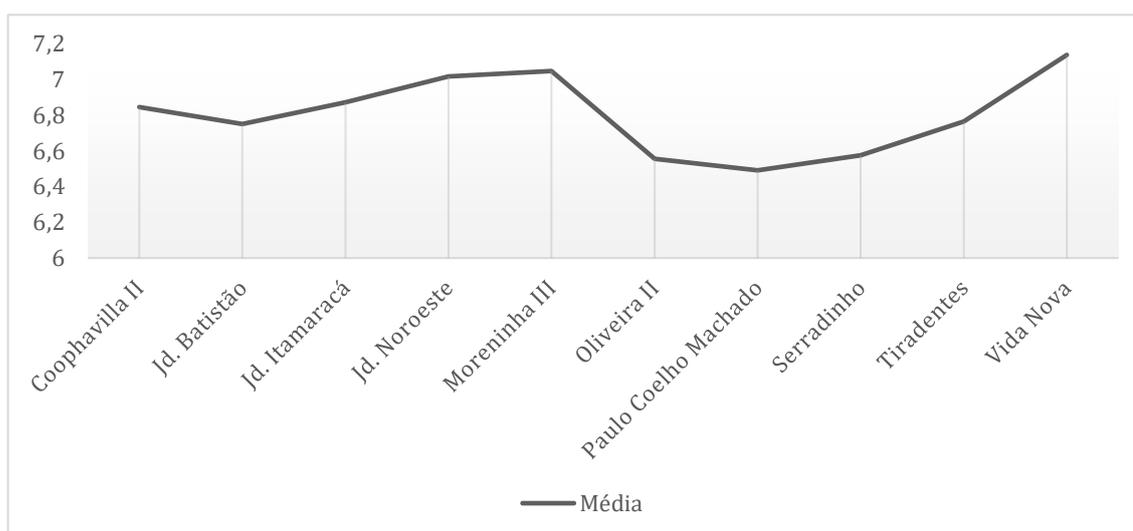
Fonte: Irajá Francisco Goettems; Lucas Ribeiro da Costa Santana

Gráfico 1 – distribuição geral dos dados por Unidade de Saúde da Família



Fonte: Irajá Francisco Goettems; Lucas Ribeiro da Costa Santana

Gráfico 2 – relação dos valores médios entre as USFs

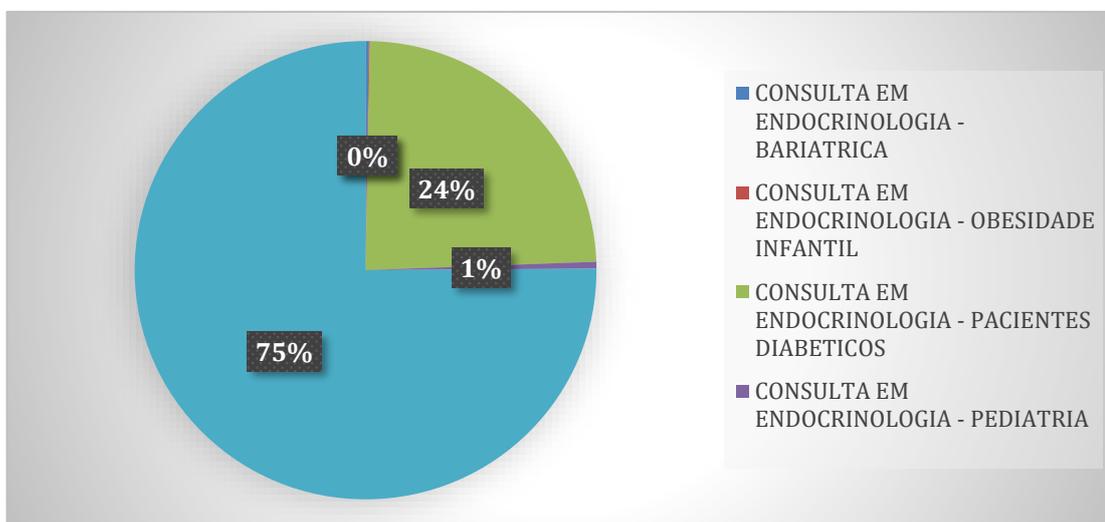


Fonte: Irajá Francisco Goettems; Lucas Ribeiro da Costa Santana

Acerca dos encaminhamentos para consulta médica especializada em endocrinologia, os dados demonstram que os pacientes diabéticos contabilizam 24% dos atendimentos. No estado de Mato Grosso do Sul, 76% das consultas são realizadas no município de Campo

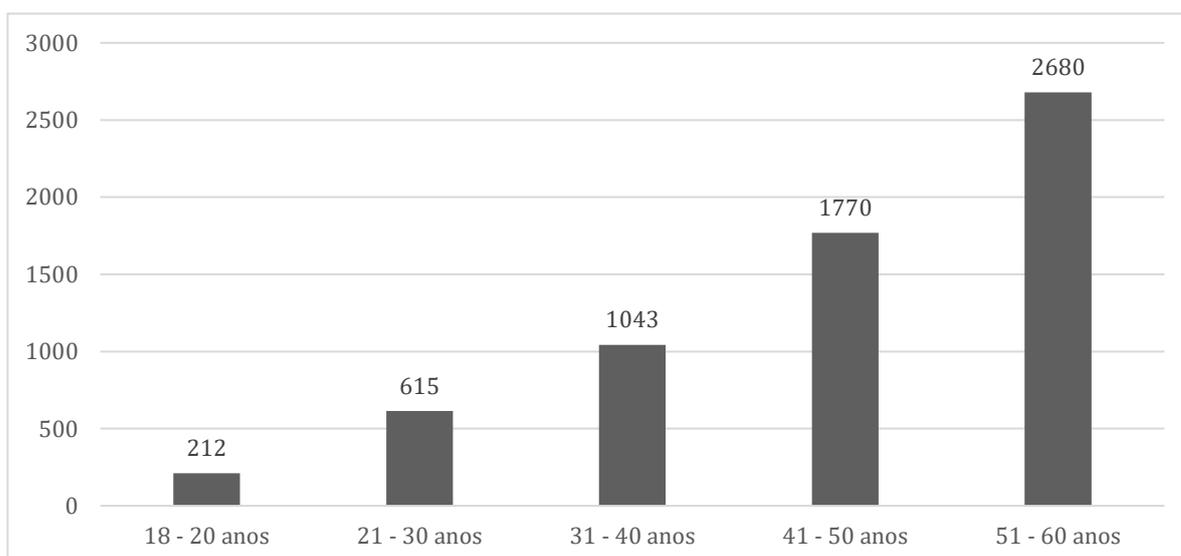
Grande, e as outras 24% são realizadas nos demais municípios – destes, a maioria são realizados no município de Aquidauana (76%). A distribuição geral dos procedimentos demonstra predominância nas consultas em endocrinologia e metabologia de adultos, as quais representam 75% do total realizado. Na sequência, estão as consultas em endocrinologia de pacientes diabéticos, com 24%. As consultas em endocrinologia pediátrica somam 1% dos procedimentos realizados enquanto os demais tipos de consultas não chegam a 1%. Os gráficos abaixo apresentam as distribuições dos atendimentos em endocrinologia:

Gráfico 3 – distribuição geral das consultas em endocrinologia no ano de 2022 no estado de Mato Grosso do Sul



Fonte: Irajá Francisco Goettens; Lucas Ribeiro da Costa Santana

Gráfico 4 – distribuição geral das consultas em endocrinologia por idade



Fonte: Irajá Francisco Goettens; Lucas Ribeiro da Costa Santana

As unidades executantes dos atendimentos em endocrinologia são: Clínica Médica Anhanguera LTDA; Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian; Hospital Regional de Mato Grosso do Sul; Centro de Especialidades Infantil Dr. José Antônio Paniago e Centro de Especialidades Municipal (CEM) Presidente Jânio Quadros. O CEM é responsável por realizar a maioria dos atendimentos contabilizados (62%). A maioria dos atendimentos ocorreu no mês de novembro e o menor número de consultas foi registrado no mês de abril. A unidade executante em 20% dos atendimentos não foi informada. Os dados demonstram que dentre os encaminhamentos realizados no ano de 2022, 71% foram aprovados, 13% foram cancelados, 10% foram devolvidos, 5% estavam pendentes e 1% foram negados.

7 DISCUSSÃO

As diretrizes publicadas pela Sociedade Brasileira de Diabetes no ano de 2023 reúnem uma série de recomendações acerca das metas para o tratamento de diabetes a partir dos dados apresentados em estudos prévios. Dentre as recomendações com alto nível de evidência (nível A), a manutenção da HbA1c < 7,0% para todos os indivíduos com diabetes é indicada para reduzir os riscos de complicações microvasculares como retinopatia, microalbuminúria, neuropatia, desfechos cardiovasculares, entre outros. Entretanto, vale ressaltar que os níveis de hemoglobina glicada devem ser mantidos abaixo do valor apresentado desde que o paciente não apresente episódios graves e frequentes de hipoglicemia. Outro aspecto importante a ser considerado é a individualização desta meta de acordo com o estado geral do paciente. Como exemplo, a Hb1Ac poderá ser mantida em níveis mais elevados (<7,5%) em crianças e adolescentes, e o controle poderá ser menos rígidos em pacientes com função cognitiva comprometida, menor expectativa de vida e presença de comorbidades limitantes (SBD, 2023).

Nos dados apresentados, apenas nas USFs Jardim Noroeste, Moreninha III e Vida Nova as médias das hemoglobinas glicada estavam acima do valor recomendado para os pacientes com diabetes de forma geral (<7,0%). Entretanto, ao considerar o desvio padrão para as médias aritméticas, em todas as unidades existem pacientes com hemoglobina glicada acima dos valores propostos pelas recomendações recentes. Estudo que avaliou comparativamente os desfechos de pacientes que receberam tratamento intensivo para o controle da glicemia versus aqueles que receberam tratamento convencional demonstraram que após 10 anos, o controle mais rigoroso dos níveis de glicemia – e consequentemente, menores níveis de hemoglobina glicada ao longo dos anos – foi responsável por uma redução de 24% nos desfechos relacionados a doenças microvasculares, além de uma redução de 15% no risco de episódios de infarto (HOLMAN et al., 2018). Outro estudo realizado no mesmo ano revelou que o controle

mais intenso dos níveis de glicemia e hemoglobina glicada em pacientes com Diabetes Mellitus tipo II foi responsável por uma redução significativa nos desfechos renais, como nefropatias e microalbuminúria. Em contrapartida, foi observado que os eventos de hipoglicemia ocorreram mais frequentemente no grupo designado ao tratamento mais rigoroso, com ocorrência de episódios severos em 2,7% destes pacientes quando comparado a 1,5% do grupo controle (ADVANCE, 2008).

Estudo realizado no município de Assaré, no estado do Ceará, para avaliação glicêmica de pacientes diabéticos atendidos pela Estratégia Saúde da Família revelou que os valores de glicemia e hemoglobina glicada destes pacientes está diretamente relacionado ao tempo de diagnóstico, visto que os pacientes com maior tempo de diagnóstico apresentaram piores taxas de controle da doença. Dentre os indivíduos analisados, somente 33% (n=41) apresentaram valores de hemoglobina glicada abaixo do valor recomendado (HbA1c <7%) (FREIRE; ANDRADE; VERAS, 2019). Na prática clínica, observa-se que os índices de controle glicêmico estão relacionados principalmente à adesão dos pacientes ao tratamento – seja ele medicamentoso ou de mudança de hábitos de vida de forma geral. Com a finalidade de estruturar o atendimento e promover uma assistência resolutiva, o Ministério da Saúde criou um sistema de cadastramento e acompanhamento dos pacientes com diabetes e hipertensão, denominado “HiperDia”. Dentre as atribuições preconizadas aos profissionais de saúde atuantes na atenção básica, destaca-se a realização de ações voltadas à educação em saúde individual e coletiva, com orientações acerca da importância dos hábitos alimentares e prática de atividade física para o controle da doença e esclarecimentos sobre as possíveis complicações em caso de baixa adesão ao tratamento; rastreamento dos pacientes com fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes; avaliação da adesão a partir do comparecimento às consultas e busca ativa dos usuários faltosos e; encaminhamento aos serviços de referência quando necessário (FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014). Para a maioria dos pacientes, o tratamento e seguimento podem ser realizados na atenção básica. Entretanto, os indivíduos que estejam em uso de insulina em dose otimizada (>1 UI/kg) ou aqueles que possuem doença renal crônica (estágios 4 e 5) ou aqueles que possuem diabetes do tipo 1 preenchem os critérios para encaminhamento ao endocrinologista (UFRGS, 2015). Nestes casos, faz-se necessário o preparo dos profissionais para realizar a correta regulação aos serviços de atenção secundária, baseando-se na diretriz de hierarquização do Sistema Único de Saúde, visto que nos municípios que não possuem médico endocrinologista na atenção secundária, observa-se um alto número de atendimento hospitalar aos pacientes que apresentam complicações decorrentes da diabetes,

refletindo na manutenção de níveis elevados de hospitalização e alta morbimortalidade (TAVARES et al., 2014).

A adesão ao tratamento das doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes depende de diversos fatores. Dentre estes, o nível de entendimento do paciente acerca de seu processo saúde-doença influencia diretamente, visto que muitos não conseguem compreender a necessidade do tratamento – medicamentoso ou não medicamentoso – pois a doença pode apresentar caráter assintomático por um período. Acerca do tratamento medicamentoso, os efeitos colaterais que podem ser experienciados pelo uso das medicações também configura um fator para descontinuação do tratamento sem orientação médica (BAGHIKAR et al., 2019). Nestes casos, incluir o paciente como participante ativo na escolha do esquema terapêutico pode levar a uma maior adesão ao tratamento proposto. Ou, nos casos em que o paciente compreende a necessidade de realizar o tratamento regular, fatores socioeconômicos podem influenciar na adesão, como baixo poder aquisitivo e impossibilidade de arcar com os custos da medicação ou falha na distribuição gratuita das medicações pelos serviços de saúde (DANTAS, 2011). Quanto ao tratamento não medicamentoso, que consiste em mudanças nos hábitos de vida, o seguimento do plano alimentar constitui um desafio aos profissionais de saúde, visto que os hábitos alimentares geralmente possuem uma base familiar, ou seja, são desenvolvidos desde a infância. A dificuldade em se adotar uma dieta equilibrada também pode estar associada a fatores como limitação financeira ou dificuldade em programar e organizar a rotina para preparo das refeições. Por sua vez, a realização de exercícios físicos de forma regular pode ser prejudicada em pacientes idosos, visto que este grupo de pacientes geralmente apresenta limitações físicas causadas pelo envelhecimento ou por comorbidades associadas (COSTA et al., 2023).

Resultados prévios demonstram que o tempo de diagnóstico está diretamente associado à adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus, visto que pacientes com mais de 10 anos de diagnóstico apresentaram maiores taxas de adesão. Este fato pode estar relacionado ao nível de entendimento do indivíduo acerca da doença e do manejo terapêutico. Observa-se que a percepção do pacientes sobre os benefícios do tratamento pode levar a uma maior adesão à terapia medicamentosa. Em contrapartida, pacientes idosos podem apresentar dificuldade de compreender tais questões devido ao declínio da funcionalidade, frequentemente observada nesta faixa etária, relacionada ao declínio da capacidade cognitiva e motora em quadros demenciais, por exemplo (FARIA et al., 2013). Nestes casos, é essencial que os profissional de saúde questione ativamente o nível de entendimento do paciente acerca do plano terapêutico, além das dificuldades que estejam levando a uma adesão inadequada. Para os pacientes que

apresentam declínio funcional, é importante avaliar a presença de uma rede de apoio familiar que possa garantir o seguimento do tratamento (LADEIA, 2013; GIMENES; ZANETTI; HAAS, 2009). Além dos fatores descritos, cabe ressaltar a necessidade de avaliar continuamente o estado mental do paciente, haja vista a alta prevalência de transtornos de humor na população geral, em especial a depressão, que apresenta uma prevalência de cerca de 15% nos idosos (SILVA et al., 2012). No geral, os episódios depressivos cursam com alterações de diversas funções cognitivas, dentre elas, a volição. Quando há diminuição da atividade volitiva – nos quadros de hipobulia ou abulia – o indivíduo apresenta desânimo, fadiga fácil e dificuldade na tomada de decisões. Este quadro pode influenciar diretamente na adesão ao tratamento, visto que o paciente pode apresentar dificuldade em manter práticas de autocuidado ao longo do tempo, ou comportamentos de risco que resultam em complicações agudas e crônicas (LADEIA, 2013).

Diante dos fatores expostos, e com base na síntese de evidências para políticas de saúde – organizada pelo Ministério da Saúde e publicada no ano de 2016 – foram elaboradas propostas que visam à melhoria do índice de adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus pelos indivíduos acompanhados nas Unidades de Saúde da Família:

Quadro 1 – problemas e propostas de intervenção para melhorar a adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento

Problema identificado na comunidade	Proposta de intervenção
Baixo nível de entendimento da maioria dos pacientes acerca do processo saúde-doença e da necessidade de tratamento e seguimento regular.	Durante a consulta, é necessário que o profissional de saúde ponha em prática uma escuta qualificada, investigando o nível de entendimento do paciente acerca de sua doença e as dificuldades encontradas para realizar o tratamento de forma adequada. Identificadas estas questões, o profissional pode utilizar técnicas educacionais, motivacionais e cognitivas. Além disso, as equipes de saúde da família podem desenvolver ações com fins de educação em saúde para a comunidade, como campanhas de conscientização que devem ser organizadas de acordo com o perfil dos usuários de cada unidade, e ocorrer de forma regular, para que se possa avaliar a eficácia destas ações

	<p>na melhoria dos indicadores que refletem no nível de controle da doença, como a curva glicêmica e manutenção de valores de hemoglobina glicada ideias de acordo com a idade e as comorbidades existentes.</p>
<p>Alterações do humor e afeto que dificultam a adoção de medidas de autocuidado e mudança dos hábitos de vida ou predisõem a comportamentos de risco para complicações agudas e crônicas.</p>	<p>Nestes casos, é necessário um fortalecimento da atuação da equipe multidisciplinar no tratamento do paciente. Além do médico, que não deve negligenciar o exame do estado mental durante a consulta na atenção primária, o paciente deve realizar seguimento com profissionais da psicologia, assistência social, nutrição e educação física. Quando necessário, o paciente também pode ser referenciado aos Centros de Atenção Psicossocial para consulta especializada com psiquiatra e avaliação quanto ao benefício de se introduzir uma medicação com a finalidade de contribuir na melhora da volição e pragmatismo, por vezes prejudicadas em diversos transtornos mentais.</p>
<p>Dificuldade na gestão do uso dos medicamentos – seja pelo baixo nível de compreensão acerca da finalidade do uso da medicação, necessidade de uso regular conforme prescrito ou pelos potenciais efeitos adversos que podem surgir com o uso; ou baixo nível de escolaridade, principalmente pacientes analfabetos ou semianalfabetos.</p>	<p>Neste contexto, é essencial que o paciente assuma posição ativa no processo de tomada de decisão. Ou seja, a conduta deverá ser pautada nas individualidades de cada paciente, de acordo com a idade, nível de escolaridade, condição socioeconômica, história clínica, entre outros. Entretanto, esta decisão conjunta também deverá levar em consideração a capacidade cognitiva do paciente, o que pode ser considerado um desafio principalmente quando se trata de idosos com algum grau de demência. Nesses casos, é essencial que os familiares ou cuidadores também participem do processo de decisão terapêutica. Quanto ao uso regular das medicações, o médico deverá explicar ao paciente a forma correta de se utilizar as medicações e as possíveis repercussões caso o tratamento não seja feito da forma como foi prescrito. Quando há dificuldade de se adaptar aos horários de uso das medicações, por exemplo, o paciente poderá traçar uma estratégia juntamente ao profissional de forma a aumentar a adesão. Os efeitos aversos são reações esperadas, porém devem</p>

	<p>ser avaliados quanto ao prejuízo que estão causando ao paciente e, conseqüentemente, influenciando na adesão medicamentosa. Para os pacientes com baixo nível de escolaridade e compreensão da linguagem escrita, podem ser utilizadas ferramentas simplificadas para melhorar a adesão, como calendários posológicos, que podem ser elaborados pelo próprio médico, porta-comprimidos, ilustrações, entre outros.</p>
<p>Dificuldade em realizar mudanças no estilo de vida – seja dos hábitos alimentares ou prática regular de exercícios físicos.</p>	<p>As intervenções educativas acerca da necessidade de se adotar hábitos alimentares saudáveis devem abranger não apenas aqueles pacientes que o fazem por necessidade terapêutica, mas como forma de prevenção primária. Assim, a realização de ações de saúde com fins de educação alimentar em escolas e creches faz-se imprescindível. Outra questão importante a ser considerada é o grau de poder aquisitivo do paciente, o que pode dificultar a prática de uma alimentação saudável, visto que indivíduos pertencentes a classes sociais mais baixas estão mais expostos à insegurança alimentar. Dessa forma, devem ser organizadas estratégias que visem à adoção de uma alimentação de qualidade dentro das possibilidades de cada paciente. Nestes casos, é sugerida a atuação conjunta do médico com um profissional da área de nutrição. A prática de exercícios físicos pode ser incentivada pela realização de projetos gratuitos ofertados à comunidade pelas Equipes de Saúde da Família, como aulas de dança, aquecimento, funcional ou outros esportes, em conjunto com profissionais de educação física.</p>

Fonte: elaboração própria

Por fim, vale ressaltar que a implementação das propostas de intervenção apresentadas no quadro acima demanda investimentos por parte da gestão pública dos serviços de saúde ofertados pelo Sistema Único de Saúde. Para garantir qualidade no atendimento, é imprescindível que haja uma infraestrutura adequada, capacitação constante dos profissionais da Equipe de Saúde da Família, distribuição gratuita de medicações e inclusão de novas medicações à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e maiores investimentos nas ações de prevenção primária e secundária. Neste cenário, deve ser colocado

em prática o controle social democrático por meio dos Conselhos de Saúde, com a finalidade de se obter um *feedback* dos usuários e da comunidade em geral e elaborar propostas de melhoria juntamente com os profissionais de saúde e dos gestores do SUS.

8 CONCLUSÕES

Em conclusão, observa-se que mesmo após a implementação de programas como o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e de políticas públicas pelo Ministério da Saúde, o controle das doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações ainda configura um desafio aos profissionais de saúde. Quanto aos encaminhamentos para especialidade focal de endocrinologia, no estado de Mato Grosso do Sul, as unidades executantes representam 1/4 do total de atendimentos voltados para o seguimento de pacientes com Diabetes Mellitus, sendo o município de Campo Grande responsável por 3/4 deste quantitativo. O CEM representa mais da metade do número de consultas avaliadas, com pico no mês de novembro de 2022. A análise de indicadores que refletem o controle da diabetes, como a hemoglobina glicada, revelou que ainda existem déficits no controle glicêmico dos pacientes que realizam acompanhamento nas Unidades de Saúde da Família do município de Campo Grande que pertencem ao projeto TEIAS. Como mencionado, os fatores relacionados à adesão ao tratamento – medicamentoso ou não – são diversos e perpassam o comprometimento do paciente, das Equipes de Saúde da Família e da gestão do Sistema Único de Saúde. Diante disso, as propostas de intervenção que visam à melhoria do controle da Diabetes Mellitus nas unidades de saúde devem considerar aspectos multidimensionais, como educação continuada, apoio psicossocial, promoção de estilos de vida saudáveis, conscientização sobre a importância da monitorização regular e adesão às estratégias terapêuticas conforme as necessidades individuais de cada paciente. Para garantir que estas intervenções estejam sendo colocadas em prática, faz-se necessária a realização de avaliações regulares acerca dos indicadores em saúde, com participação ativa da comunidade para expor as dificuldades encontradas e reivindicar uma melhor qualidade do atendimento ofertado na Atenção Primária à Saúde.

9 REFERÊNCIAS

1. BAGHIKAR, Sara; BENITEZ, Amanda; FERNANDEZ, Patricia et al. Factors Impacting Adherence to Diabetes Medication Among Urban, Low Income Mexican-Americans with Diabetes. *Journal of Immigrant and Minority Health*, v. 21, n. 6, p. 1334–1341, 2019.

2. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas. 2016.
3. COSTA, Dominique Hellen Silva da; MORAIS, Everton Glebson da Silva; MAIO, Regiane; SEQUEIRA-DE-ANDRADE, Leopoldina Augusta Souza; CALADO, Cinthia Katiane Martins; BURGOS, Maria Goretti Pessoa de Araújo. Fatores associados à adesão ao tratamento em diabéticos, atendidos em núcleo do idoso de uma Universidade Pública do Nordeste. *Brazilian Journal Of Implantology And Health Sciences*, v. 5, n. 3, p. 256-275, jun. 2023.
4. DANTAS. A. de O. Hipertensão arterial no idoso: fatores dificultadores para a adesão ao tratamento medicamentoso. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011.
5. FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes; RODRIGUES, Flávia Fernanda Luchetti; ZANETTI, Maria Lucia; ARAUJO, Marcio Flavio Moura de; DAMASCENO, Marta Maria Coelho. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 26, n. 3, p. 231-237, 2013.
6. FILHA, Francidalma Soares Sousa Carvalho; NOGUEIRA, Lídyia Tolstenko; MEDINA, Maria Guadalupe. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. *Saúde em Debate*, v. 38, p. 265-278, 2014.
7. FREIRE, Maria Thayane Pinto; ANDRADE, José Marcio; VERAS, Helenicy Nogueira Holanda. Avaliação Glicêmica de Pacientes Diabéticos Atendidos na Estratégia Saúde da Família na Cidade de Assaré – CE. *Id On Line Revista de Psicologia*, v. 13, n. 44, p. 221-239, fev. 2019.
8. GIMENES, Heloisa Turccto; ZANETTI, Maria Lúcia; HAAS, Vanderlei José. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. *Rev Latino-am Enfermagem [S.L]*, v. 17, n. 1, jan. 2009.
9. HOSSAIN, Parvez; KAWAR, Bisher; NAHAS, Meguid El. Obesity and Diabetes in the Developing World — A Growing Challenge. *New England Journal Of Medicine*, v. 356, n. 3, p. 213-215, jan. 2007.
10. HOLMAN, Rury R.; PAUL, Sanjoy K.; BETHEL, M. Angelyn; MATTHEWS, David R.; NEIL, H. Andrew W. 10-Year Follow-up of Intensive Glucose Control in Type 2 Diabetes. *New England Journal Of Medicine*, v. 359, n. 15, p. 1577-1589, out. 2008.

11. JUSTINO, André Luis Andrade; OLIVER, Lourdes Luzón; MELO, Thayse Palhano de. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1471-1480, mai. 2016.
12. LADEIA, Vanessa Barcelos. Fatores que influenciam na não adesão ao tratamento dos usuários portadores de diabetes Mellitus. 39 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2013.
13. MARTINS, Julie Silvia; ABREU, Silvio Carlos Coelho; QUEVEDO, Michele Peixoto; BOURGET, Monique Marie Marthe. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 11, n. 38, p. 1-13, jan. 2017.
14. OMRAN, Abdel R. The epidemiologic Transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank quarterly*, v. 83, n. 4, p. 731-757, nov. 2005.
15. PITITTO, Bianca de Almeida; DIAS, Monike Lourenço; MOURA, Fabio Ferreira de; LAMOUNIER, Rodrigo; VENCIO, Sérgio; CALLIARI, Luis Eduardo; BERTOLUCI, Marcello. Metas no tratamento do diabetes. *Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes*, p. 1-23, jul. 2021.
16. SILVA, Ana Maria. A importância da leitura na formação do indivíduo. *Revista Brasileira de Educação*, v. 12, n. 34, p. 56-72, jan./mar. 2007.
17. SILVA, Elisa Roesler e; SOUSA, Allana Resende Pimentel; FERREIRA, Luzitano Brandão; PEIXOTO, Henry Maia. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 6, p. 1387-1393, dez. 2012.
18. SKYLER, Jay S. et al. Differentiation of Diabetes by Pathophysiology, Natural History, and Prognosis. *Diabetes*, v. 66, n. 2, p. 241-255, dez. 2016.
19. TAVARES, Venâncio de Sant'Ana; VIDAL, Suely Arruda; GUSMÃO-FILHO, Fernando Antônio Ribeiro de; FIGUEROA, José Natal; LIMA, Silvanise Rosendo de. Avaliação da atenção ao diabetes mellitus em Unidades de Saúde da Família de Petrolina, Pernambuco. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 23, n. 3, p. 527-536, set. 2014.
20. The Advance Collaborative Group. Intensive Blood Glucose Control and Vascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. *New England Journal Of Medicine*, v. 358, n. 24, p. 2560-2572, jun. 2008.
21. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. RegulaSUS. Protocolo de encaminhamento para endocrinologia adulto, jul. 2015.

22. WILD, Sarah; ROGLIC, Gojka; GREEN, Anders; SICREE, Richard; KING, Hilary. Global Prevalence of Diabetes. *Diabetes Care*, v. 27, n. 5, p. 1047-1053, mai. 2004.