

DIABETES MELLITUS E OS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS E NUTRICIONAIS: A IMPORTÂNCIA DA CAPACITAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Jessyka Mariane Cruz Silva ¹
Iago Alexandre da Silva ²
Kelen Jussara Tavares Caminha ³
Paulo Fernando da Silva ⁴
Bruno Menezes de Carvalho ⁵

RESUMO

O Diabetes Mellitus vem tendo uma enorme ascensão nas últimas décadas, sendo considerado um dos maiores problemas de saúde global. O tratamento medicamentoso (em alguns casos também insulínico) aliado a educação nutricional demonstram ser indispensáveis para uma melhor qualidade de vida das pessoas diagnosticadas com esta condição. A ação dos profissionais de saúde, juntamente com a aceitação do tratamento por parte do paciente, precisam ser sinérgicas, apesar de todos os desafios, para que seja atingido um controle metabólico ideal. Como na maioria dos casos o paciente não sabe dos riscos que corre, é de suma importância que as equipes das Unidades Básicas de Saúde saibam explicar para ele acerca do quão essencial é a adesão ao tratamento nutricional e medicamentoso. Também é essencial que não haja retardo no tratamento medicamentoso, especialmente na prescrição da insulina, pois essa demora pode resultar em graves complicações futuras, bem como o acesso ao tratamento nutricional adequado. Neste sentido, a equipe da UBS que acompanha o paciente deverá auxiliá-lo, identificando cada obstáculo que possa vir a dificultar a adesão ao plano proposto, acompanhando a sua evolução clínica. Fontes como livros e artigos, bem como dados estatísticos, mostram a incumbência imposta pelo Diabetes Mellitus sobre a população mundial.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Tratamento medicamentoso, Tratamento nutricional, Contagem de carboidratos, Capacitação multiprofissional.

INTRODUÇÃO

Mais que uma doença, o Diabetes Mellitus é um grupo diverso de distúrbios metabólicos que se assemelham por apresentarem em comum a hiperglicemia decorrente da falha na ação ou na secreção de insulina, que atinge o mundo inteiro, independente da classe social, e que requer cuidados e terapias ininterruptos.

¹ Graduando do Curso de Nutrição da Faculdade São Francisco da Paraíba - FASP, jessykamelacruz@hotmail.com;

² Graduado pelo Curso de Farmácia da Faculdade São Francisco da Paraíba - FASP, iagoalexandredasilva@gmail.com;

³ Mestre em Terapia Intensiva e Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Júlio Bandeira - HUJB, kelenjpa@gmail.com;

⁴ Doutor pelo Curso de Nutrição da Faculdade São Francisco da Paraíba - FASP, cap_fernando12@hotmail.com;

⁵ Professor orientador: Graduado pelo curso de Filosofia pela Faculdade de Ciência e Letras de Cajazeiras - FAFIC, brunomenezes1978@gmail.com.

Segundo a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2016 o diabetes foi responsável pela morte de 1,6 milhão de pessoas, ocupando o 7º lugar entre as 10 principais causas de morte no mundo. Para efeito de comparação, no ano 2000, a doença matou menos de um milhão de pessoas.

Em 2017, segundo dados da International Diabetes Federation (IDF), a América do Sul e Central tinham 26 milhões de pessoas com o diagnóstico de Diabetes. Ainda de acordo com a IDF, estima-se que até 2045 o número de diabéticos será de aproximadamente 42 milhões, representando um aumento de 62%. No Brasil, os portadores dessa doença representam um número equivalente a 12,5 milhões, o que confere ao mesmo o 4º lugar entre os 10 países com o maior número de indivíduos com essa doença.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), são propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) quatro classes clínicas do Diabetes, que são: Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2, outros tipos específicos de Diabetes Mellitus e a Diabetes Mellitus Gestacional. São ainda categorizados outros dois tipos mencionados como pré-diabetes, consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e do próprio.

O tratamento do Diabetes é geralmente constituído por prescrições medicamentosas e orientações que se relacionam ao estilo de vida e hábitos alimentares da pessoa, entretanto há a necessidade de o indivíduo ser enxergado além do diagnóstico.

É importante afirmar que os cuidados em saúde não se resumem em normas e técnicas estabelecidas dentro deste âmbito – sendo essas deveras importantes –, todavia, somente a aplicabilidade destas não garantem um serviço de saúde eficiente. Para Ayres (2011, p. 89), o cuidado é bem mais amplo, sendo designado como “uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência de adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde.”

Já foi observado, inclusive, o aumento da sobrevida dos pacientes acometidos com a doença, devido aos avanços da ciência quanto à terapia, medicamentosa e nutricional. Considera-se, deste modo, que a adequação do tratamento se relaciona com o controle do metabolismo e manifesta ao paciente uma significativa melhora.

O objetivo do tratamento é a prevenção de complicações, visto que o Diabetes não tem cura, o que acaba desmotivando as pessoas a fazê-lo, ainda mais pelo fato de que precisarão

mudar os seus hábitos de vida, e como os sintomas não costumam aparecer no início da doença, têm-se uma maior resistência ao início do tratamento sugerido.

Terapia medicamentosa no controle da glicemia

Para que se tenha o diagnóstico preciso do Diabetes Mellitus, no que se refere ao controle glicêmico, são refletidos os resultados de exames feitos durante três meses, sendo mais importante o resultado do último mês. Este exame se correlaciona bem com as complicações micro e macrovasculares, embora apresente algumas limitações, principalmente pelo fato do mesmo poder ser influenciado pela etnia, por doenças ou pela intensidade ou tempo de exposição das hemácias e da hemoglobina. O valor do resultado ainda pode sofrer interferências provocadas por situações como hemotransfusão, perda sanguínea, hemólise e hemoglobinopatias.

Segundo a Associação Americana de Diabetes (ADA), o ideal é que a hemoglobina glicada não ultrapasse os 7% afim de reduzir o risco das já referidas complicações, embora esse controle precise, por vezes, ser individualizado, ou até mesmo fugir do valor estipulado. Há fatores que precisam ser analisados, como os riscos de hipoglicemia, a expectativa de vida do paciente, o tempo que ele já sofre com o Diabetes e os esforços por sua parte para o controle da doença, bem como os recursos disponíveis pelo SUS.

No caso de pacientes cujo Diabetes foi descoberto há pouco tempo, que tenha longa expectativa de vida, não sofra de doenças agravantes como doença cardiovascular e que faça uso único da Metformina, é possível buscar um valor da hemoglobina glicada em torno de 6,5%, uma vez que, nesses termos, as chances de uma possível hipoglicemia é bem menor.

Para pacientes que apresentam episódios de hipoglicemia graves por consequência de seu tratamento com medicamentos orais ou insulina, cuja expectativa de vida é menor e sofre com graves complicações e comorbidades, e que apesar do tempo que já possui a doença não consegue controlá-la, é possível que se faça um controle menos restrito, aumentando a meta para aproximadamente 8%.

É necessário que se faça um controle da glicohemoglobina a cada 3 meses, principalmente para pacientes descontrolados, fora da meta, cujo tratamento tenha sido ajustado, caso a medicação tenha sido alterada ou no caso de o mesmo ter iniciado o tratamento

com a insulina. Já no caso de pacientes que estão dentro da meta e que possuem a hemoglobina glicada controlada e dentro da meta, este controle pode ser feito a cada seis meses.

O tratamento do Diabetes conta com 9 classes de medicamentos: Metformina (oral), Sulfonilureias (oral), Inibidores do dpp-4 (oral), Glitazonas (oral), Inibidores do cotransportador sódio-glicose SGLT-2 (oral), Glinidas (oral), Inibidores da alfa-glucosidase (oral), Análogos do glp-1 (injetável) e a insulina (injetável).

Uma boa prescrição é tão importante quanto a acessão do paciente ao tratamento. Por este motivo é tão importante que o profissional avalie os possíveis obstáculos que impeça o paciente de adotar minuciosamente o uso dos medicamentos, obstáculos estes dos quais podemos citar o analfabetismo, problemas psicológicos, redução das capacidades visuais e auditivas ou deficiência intelectual. No caso de pacientes idosos, é necessário que os profissionais da saúde busquem o apoio de familiares ou responsáveis pelo mesmo, afim de conscientizá-los no auxílio ao tratamento para que ocorra da forma correta.

A Metformina é a única medicação que representa a classe das Biguanidas, sendo sempre a primeira escolha. Sua ação reduz a produção de glicose no fígado bem como a resistência insulínica e ainda melhora a função da célula beta. É um medicamento seguro e eficaz, com baixo custo e disponível no SUS, além de evitar o ganho adicional de peso, detalhe este apreciado pelos portadores do Diabetes Mellitus tipo 2, os quais normalmente sofrem com sobrepeso ou obesidade, não acarreta risco de hipoglicemia e está relacionado a uma possível redução de eventos cardiovasculares. Os efeitos colaterais mais comuns são gastrointestinais, náusea, diarreia e desconforto abdominal, que, apesar de serem frequentes, podem ser controlados por orientar ao paciente a maneira correta de ingeri-lo.

As Sulfonilureias são medicamentos que aumentam a secreção de insulina, e sua redução de hemoglobina glicada se assemelha à redução atingida com o uso da Metformina, porém, ao comparar as duas medicações, a Sulfonilureia manifesta alguns pontos desfavoráveis, como o risco de hipoglicemia, bem como um leve ganho de peso.

No caso de valores de hemoglobina glicada abaixo de 9%, é necessário a introdução de antidiabéticos orais, como a Metformina, e valores que ultrapassem esses 9% já é preciso a introdução de um segundo antidiabético oral, como a Sulfonilureia, para tentar controlar essa descompensação de glicohemoglobina do paciente. Já para casos em que o paciente apresente valores de hemoglobina glicada acima de 10% e cujos níveis glicêmicos apresentem de forma

frequente valores acima de 300mg/dl, é necessário o início imediato da insulinoterapia, essencialmente se o mesmo apresentar episódios de mal-estar, polidipsia, poliúria, desidratação ou perda de peso. Além desses cuidados, é necessária uma atenção especial para com pacientes idosos evitando tratamentos rigorosos, pois a hipoglicemia nestes pode levar a óbito. O tratamento insulínico também é necessário, além dos casos de descompensação, em situações excepcionais como doenças intercorrentes, perioperatórios e infecções, e indicado de forma combinada com outros medicamentos orais ao passo em que as reservas pancreáticas vão diminuindo com a evolução da doença ao decorrer dos anos, bem como em métodos mais complexos e acentuados naqueles pacientes cuja célula beta sofre falência completa após muitos anos da doença.

A insulina também deve ser prescrita de imediato para pacientes que já faça uso de dois ou três agentes hipoglicêmicos orais e ainda assim não consigam manter a hemoglobina glicada dentro da meta.

No que se refere ao tratamento medicamentoso do Diabetes Gestacional, há controvérsias entre diretrizes nacionais e internacionais. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), o tratamento da gestante diabética deverá ser feito com o uso da insulina. Para o National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), o tratamento deverá ser feito com a Metformina e para a International Diabetes Federation (IDF) a Metformina deverá ser associada à Glibenclamida. Para monitoramento do Diabetes, além dos exames aplicados à gestante, também deverão ser feitos exames periódicos no feto.

Com tantos detalhes, é imprescindível que o médico da Unidade Básica de Saúde seja capacitado, principalmente no que se refere à prescrição de insulina afim de aumentar o número de pacientes portadores do Diabetes com efetivo controle metabólico, visto que aproximadamente 70% destes pacientes não têm acesso a um tratamento com endocrinologista. O tempo máximo para o início da insulinização destes pacientes é de 3 meses de descompensação, porém estima-se que na nossa realidade atual ele pode chegar a esperar até 3 anos.

Não pode haver demora na intensificação do tratamento do paciente que não consegue controlar sua glicemia, sobretudo no que se refere a prescrição da insulina, pois o seu retardo pode levar ao surgimento de complicações micro e macrovasculares.

Tratamento Nutricional

Uma ferramenta que o paciente portador do Diabetes pode utilizar para controlar a sua alimentação é a contagem de carboidratos, um método nutricional que visa auxiliar o diabético em sua alimentação, conferindo maleabilidade às suas escolhas, para que ele possa variar o seu cardápio e saiba a quantidade que necessita de insulina para a quantidade de carboidratos que ingere, e pode ser utilizado para auxiliar em qualquer classe do Diabetes.

Arroz, leite, frutas e sucos, cereais, biscoitos e pães são exemplo de alimentos que entram na contagem por serem ricos em carboidratos. Em contrapartida, alimentos como queijos, carnes de boi, aves e pescados, ovos e azeite não entram no cálculo.

No Diabetes Mellitus tipo 2, a dieta e atividade física são a base do tratamento, no qual também pode-se incluir o uso de medicamento, e em alguns casos, a insulina. O uso da terapia tradicional⁶ é designado aos portadores da Diabetes Mellitus tipo 1, sendo a uso da insulina associado a mudanças de hábito.

Para iniciar a contagem, é necessário a ajuda de um nutricionista que irá calcular a quantidade correta de carboidratos que deverá ser ingerida diariamente e em cada refeição pelo paciente, que deverá fazer um diário de cada alimento que consome e medir as taxas glicêmicas antes e após alimentar-se.

Pode haver o consumo de açúcar, porém é importante que os carboidratos ingeridos venham principalmente de fontes como frutas, vegetais e grãos integrais. Deste modo, é aconselhado que o paciente escolha uma sobremesa que goste para que a consuma em determinadas vezes na semana, lembrando de contabilizar a quantidade de carboidratos contidos nela.

Em relação ao Diabetes Mellitus tipo 2, para aplicar o método de contagem de carboidratos, é necessário saber a quantidade exata deste composto em cada refeição, e procurar mantê-la sempre na mesma proporção. Essa quantidade de carboidratos é definida pelo nutricionista, que irá avaliar estilo de vida, peso, uso de medicamentos e prática de exercícios físicos.

⁶ Insulina de ação intermediária, Insulina de ação rápida, Terapia de Múltiplas Doses (ou Intensiva), Insulina ultralenta (ou intermediária), Insulina ultrarrápida, Terapia de Infusão Contínua de Insulina (bomba de insulina), Insulina ultrarrápida. A contagem nível secundário e avançado, pode ser utilizada na terapia com múltiplas doses e na terapia de bomba de insulina.

Relacionando a contagem de carboidratos à pacientes com o Diabetes Mellitus tipo 1 também é necessária a constância no valor a ser ingerido em cada refeição, levando em conta os picos de ação da insulina e atenuando as chances de hipoglicemia. Deste modo, será aplicada uma quantidade de insulina de acordo com a refeição que será feita, que também será estabelecida pelo nutricionista de acordo com o seu estilo de vida. O paciente poderá diversificar os horários das refeições e o quanto de carboidratos poderá ingerir, basta que altere a quantidade de insulina ultrarrápida proporcionalmente às alterações feitas.

Eventualmente o paciente pode apresentar hipoglicemia (índice glicêmico abaixo de 70mg/dl) quando o método de contagem de carboidratos é praticado, sendo que nestes casos as doses estipuladas, tanto de alimentação quanto da insulina, devem ser revistas, para que a sua glicemia não tome grandes proporções.

Para que se tenha um controle pleno, é necessário que os cuidados com a dieta sejam levados a sério, visto que esta constitui um dos pontos fundamentais do tratamento, caso contrário não será possível atingir o controle metabólico pretendido. Todavia, a aceitação ao tratamento nutricional seguindo um plano de refeições se caracteriza como uma difícil missão tanto para o paciente quanto para os profissionais da saúde. Para Oliveira e Franco (2010, p. 313), os cuidados com a dieta são de grande importância para o tratamento e eficiência no controle do Diabetes Mellitus.

Para o paciente, alimentar-se envolve valores culturais, aspectos emocionais e sentimentais, relacionando este ato com conformações psicológicas e socioculturais, situação financeira, apoio da família bem como a ausência deste, e ainda a falta de conhecimento específico, e todos esses fatores se remetem ao descumprimento do tratamento alimentar.

De acordo com Oliveira e Franco (2010), o plano alimentar deve ser fracionado em seis refeições, das quais devem ser três refeições principais e três lanches, dando sempre preferência aos alimentos grelhados, assados, cozidos no vapor ou mesmo crus. Podem ser aconselhados alimentos diets, lights e zero, porém estes não devem ser usados de modo restrito. O mais importante de tudo é que se leve em consideração as condições financeiras e, principalmente, as preferências do paciente.

METODOLOGIA

Foram avaliadas fontes de conhecimento interdisciplinares, como livros e artigos, que abrangessem todos os aspectos vistos como importantes para o desenvolvimento deste trabalho, desde os conceitos e dados estatísticos do Diabetes Mellitus quanto as formas de tratamento sugeridas aos indivíduos acometidos pela doença, respeitando a individualidade de cada classe. Pontos de vista de médicos e estudiosos renomados também foram levados em consideração, bem como a importância da adesão ao tratamento pelo paciente e da capacitação por parte dos profissionais da área da saúde.

DESENVOLVIMENTO

Dados fornecidos por entidades como a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), Organização Mundial da Saúde (OMS), Associação Americana de Diabetes (ADA) e Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) foram de suma importância para a extração de informações confiáveis, possibilitando o desenvolvimento de conclusões mais precisas acerca do tema.

Estimativas preocupantes revelam a tamanha importância da adesão ao tratamento e de hábitos de vida saudáveis, do apoio da família nos cuidados ao enfermo e da individualidade a cada terapia proposta pelos profissionais de saúde.

A análise de diretrizes e dados estatísticos comprovam a grande necessidade da capacitação multiprofissional no controle do Diabetes Mellitus na população mundial, no tratamento de indivíduos já diabéticos, no acompanhamento do metabolismo dos pré-diabéticos para que não cheguem a desenvolver a doença e nas medidas profiláticas na população sadia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base nos levantamentos realizados a partir da análise de estudos acerca do Diabetes Mellitus, foi possível constatar que, com o passar dos anos, apesar de tantas medidas profiláticas, a epidemia do Diabetes vem crescendo de forma alarmante, e que infelizmente não há um preparo adequado no que diz respeito ao tratamento e controle da doença, tanto pela demora no início do tratamento medicamentoso quanto na necessidade de avaliar os aspectos da vida pessoal do indivíduo afim de quebrar todo e qualquer obstáculo que o impeça de aderir ao

tratamento de forma efetiva e plena. A falta de informação acerca de todos os riscos e consequências de um mau controle metabólico faz com que o indivíduo procrastine quanto ao início do tratamento e o tempo que ele passa sem seguir as prescrições dos medicamentos e os planos alimentares não poderá ser restaurado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na maioria dos casos, o paciente não sabe dos riscos que corre, por esse motivo é muito importante que as equipes das Unidades Básicas de Saúde saibam explicar a grande importância da adesão ao tratamento nutricional e medicamentoso.

É essencial que não haja retardo no tratamento medicamentoso, em especial na prescrição da insulina, pois essa demora pode resultar no surgimento de complicações futuras relacionadas à doença, micro ou macrovasculares. A capacitação na prescrição da insulina pelo médico da Unidade Básica de Saúde é fundamental para o Brasil aumentar o número de diabéticos com bom controle metabólico, visto que cerca de 70% dos nossos diabéticos não são tratados pelo especialista.

Também é de suma importância que o paciente tenha acesso ao tratamento nutricional adequado, pois um plano alimentar bem elaborado pode devolver a ele uma boa qualidade de vida.

A equipe da UBS que acompanha o paciente deverá auxiliá-lo, identificando cada obstáculo que possa vir a dificultar a adesão ao plano proposto, acompanhando a sua evolução clínica, sanando toda as necessidades especiais para que ele possa, apesar da doença, viver bem.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. (2011). Cuidado: Trabalho e Interação nas Práticas de Saúde. (Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde). Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão Estratégica e Participativa. Painel de indicadores do SUS n 7: Panorâmico VIII. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://portal.saudegov.br/portal/arquivos/pdf/painel_de_indicadores_7_final.pdf>.

Acesso em: 3 de maio de 2019.

GROFF, D. P.; SIMÕES, P. W. T. A.; FAGUNDES, A. L. S. C. Adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos tipo II usuários da estratégia saúde da família situada no bairro Metr pole de Criciúma, SC. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 40, n.3, p. 43-48, 2011.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Atlas IDF 2017 – Diabetes no Brasil. Disponível em: <www.idf.org/diabetesatlas>. Acesso em: 1 de maio de 2019.

MALERBI, F. E. K. Adesão ao tratamento, importância da família e interven es comportamentais em diabetes. E- book diabetes na pratica clínica. 4  módulo, 2011.

OLIVEIRA, P. B.; FRANCO, L. J. Consumo de ado cantes e produtos dietéticos por indivíduos com diabetes melito tipo 2, atendidos pelo Sistema  nico de Saúde em Ribeirão Preto, SP. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. v. 54, n. 5, p. 455-462, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v54n5/05.pdf>>. Acesso em: 4 de maio de 2019.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B. B., SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Doenças cr nicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais, The Lancet, v. 377, n. 4, p. 61-74, 2011. Disponível em: <<http://dms.ufpel.edu.br/ares/handle/123456789/222>>. Acesso em 3 de maio de 2019.

SILVA, F. M. L; SILVA, M. M. M. L. Jornal Brasileiro de Medicina. Rio de Janeiro: Editora de Publica es Cientificas Ltda, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: AC Farmac utica, 2014-2015. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/publico/images/2015/area-restrita/diretrizes-sbd-2015.pdf>>. Acesso em 2 de maio de 2019.

TORRES, H. C.; FRANCO, L. J.; STRADIOTO, M. A.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. T. Avalia o estratégica de educa o em grupo e individual no programa educativo em diabetes. Rev. Saúde Pública, v. 43, n. 2, p. 291-8, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/05.pdf>>. Acesso em: 2 de maio de 2019.

VIEIRA, V. H. F. B. O papel do enfermeiro no tratamento de pacientes com diabetes descompensada. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso [Especializa o em Urgência e Emergência], Faculdade Redentor, Itaperuna, 2012.

WEINERT, L. S.; SILVEIRO, S. P.; OPPERMAN, M. L.; SALAZAR, C. C.; SIMIONATO, B. M.; SIEBENEICHLER, A.; REICHEL, A. J. Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. p. 437, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/abem/v55n7/02.pdf>. Acesso em: 4 de maio de 2019.