



ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS E DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

Graziella Badin Aliti¹, Rosana Carolo Costa Silva², Patricia Pereira Ruschel³,
Maria Antonieta Moraes⁴, Eneida Rejane Rabelo⁵

1. Enfermeira; Mestre em Ciências Cardiovasculares: Cardiologia; Hospital de Clínicas de Porto Alegre
2. Nutricionista; Mestre em Ciências da Saúde: Cardiologia; Fundação Universitária de Cardiologia do Rio Grande do Sul
3. Psicóloga; Mestre em Psicologia Clínica; Fundação Universitária de Cardiologia do Rio Grande do Sul
4. Enfermeira; Mestre em Ciências da Saúde: Cardiologia; Fundação Universitária de Cardiologia do Rio Grande do Sul
5. Enfermeira; Doutora em Ciências Biológicas: Fisiologia; Hospital de Clínicas de Porto Alegre; Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Serviço de Cardiologia – Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Rua Ramiro Barcelos, nº 2350, sala 2060
Porto Alegre, RS CEP: 90035-003
rabelo@portoweb.com.br

Introdução

É de amplo conhecimento a origem multifatorial da doença arterial coronariana. Sua consequência mais grave, o infarto agudo do miocárdio (IAM), determina altos índices de morbidade e mortalidade. Achados epidemiológicos recentes permitem o direcionamento das políticas em cardiologia preventiva, visando à redução do IAM e suas consequências, por meio do controle efetivo dos fatores de risco identificados.

Recentemente, o estudo europeu INTERHEART, com delineamento tipo caso-controle, conduzido em 5 continentes, avaliou os fatores de risco para IAM. Os autores demonstraram que dislipidemia, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade abdominal, fatores psicossociais, baixo consumo diário de frutas e vegetais, sedentarismo e consumo de álcool explicaram 90% do risco para o IAM, em ambos os sexos, em todas as idades e em todas as regiões. Estes achados sugerem que estratégias de prevenção semelhantes em todo mundo poderiam prevenir de modo prematuro o IAM¹.

Estudos semelhantes conduzidos no Brasil, entre estes o estudo FRICAS, também de caso-controle realizado em 20 centros, avaliaram 299 pacientes com IAM, confirmando a implicação dos fatores de risco tradicionais como tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, obesidade central, (níveis de LDL e HDL colesterol e história familiar de doença arterial coronariana) na associação com IAM². O estudo AFIRMAR, com participação de 51 cidades no Brasil, trouxe resultados semelhantes³.

A equipe multidisciplinar insere-se neste cenário de prevenção dos fatores de risco para o controle da doença cardiovascular com o propósito de estabelecer o princípio do cuidado dividido, respeitando o indivíduo com um ser biopsicossocial e entendendo que a adesão às recomendações fornecidas por toda equipe de saúde, e não apenas pelo profissional médico, é o resultado final esperado.

Em nosso meio, foi realizado um ensaio clínico randomizado, com 74 pacientes, desenvolvido no Instituto de Cardiologia do RS, conduzido por enfermeira, para uma abordagem de ações educativas para redução de fatores de risco (obesidade, hipertensão e tabagismo) em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. Os resultados indicaram que este acompanhamento

foi efetivo e de baixo custo, em especial quanto à cessação do tabagismo⁴.

Considerando a abordagem multidisciplinar na prevenção da doença arterial coronariana, um ensaio clínico randomizado recente mostrou redução dos fatores de risco para doença arterial coronariana no grupo que recebeu intensivamente orientações de medidas não farmacológicas⁵.

Um estudo realizado no ambulatório do Instituto de Cardiologia do RS com pacientes após primeiro IAM testou a intervenção transdisciplinar (cardiologista, endocrinologista, enfermeiro e nutricionista) versus atendimento convencional. Foram incluídos neste estudo 146 pacientes, divididos em grupo intervenção (n=51) e grupo convencional (n=95), seguidos por 6 meses. Os resultados principais demonstraram melhor adesão à dieta, menos internações e redução da glicose plasmática no grupo intervenção, conferindo à abordagem transdisciplinar estes resultados⁶.

No contexto do diabetes, a educação dos pacientes tem sido amplamente benéfica por meio de estratégias multidisciplinares que melhoram a adesão e o controle da glicemia⁷. Estudo conduzido por Sadur e colaboradores avaliou um programa de educação em saúde com equipe multidisciplinar (enfermeiro, psicólogo e nutricionista) para pacientes diabéticos, obtendo como resultados a melhora significativa dos níveis de hemoglobina glicada, bem como melhora no autocuidado e no estilo de vida⁸. Da mesma forma, um estudo randomizado controlado com pacientes diabéticos, conduzido por 6 meses, utilizando abordagem multidisciplinar que incluiu médicos, enfermeiros e nutricionistas, também apresentou os resultados benéficos deste acompanhamento. A intervenção de enfermagem consistiu na educação dos princípios gerais do diabetes, da importância da dieta adequada, dos benefícios da atividade física e do ensinamento dos pacientes para interpretação dos resultados da automonitorização da glicose. Os resultados principais deste estudo indicaram a efetividade da intervenção multidisciplinar em mais de 70% no grupo tratamento de pacientes com diabetes não-controlado. Pacientes que não responderam à intervenção tinham pobre adesão, ou outras co-morbidades ou limitações físicas⁹.

Um estudo chinês, conduzido com pacientes diabéticos tipo 2, analisou o efeito de um programa de educação em saúde sobre o diabetes e fatores de riscos cardiovasculares. Foi um

estudo prospectivo, randomizado (n=180) com seguimento de 1 ano e intervenção de enfermagem com orientações para alterações no estilo de vida, realizadas a cada três meses, ou acompanhamento convencional com a equipe médica. Os principais resultados demonstraram que, no grupo intervenção, houve redução da circunferência abdominal, dos níveis de pressão sanguínea diastólica, da hemoglobina glicada e do perfil lipídico¹⁰.

A mudança de comportamento e conseqüente controle dos fatores de risco modificáveis são os principais desafios enfrentados por todos os profissionais da saúde. A complexidade na abordagem das diversas facetas implicadas na mudança do estilo de vida é que torna imprescindível o planejamento interdisciplinar das estratégias de tratamento dos indivíduos expostos ao risco cardiovascular.

A seguir, revisaremos as medidas recomendadas pela nutrição, enfermagem e psicologia na abordagem ao indivíduo portador de fator de risco cardiovascular.

Abordagem nutricional e recomendações

Para melhor resultado e adesão ao tratamento, a terapia nutricional deve ser personalizada, fracionada e adaptada às condições de vida de cada paciente. Em se tratando de pacientes com diabetes, dentre os objetivos, não basta o controle da glicemia, mas também a redução dos fatores de risco cardiovasculares. A terapia nutricional pode diminuir a hemoglobina glicada entre 1% e 2%, num período de seis semanas a três meses, mesmo que não ocorra grande perda de peso, apenas com a adequação dos tipos de alimentos consumidos. No entanto, a perda de 5% a 10% do peso corpóreo ajuda muito no controle glicêmico, em especial nos pacientes diagnosticados ainda na fase de resistência à insulina¹¹.

Os carboidratos devem representar 50 a 60% do total calórico diário, de preferência sendo carboidratos complexos e com alto conteúdo de fibras solúveis (25 a 50% do total das fibras), sendo que a recomendação de fibras para indivíduos diabéticos é a mesma que para indivíduos não-diabéticos: 20-35 g/dia.

O teor e a qualidade das gorduras devem seguir as recomendações da *American Heart Association* para as calorias totais: lipídios até 30% do valor calórico total; ácidos graxos saturados, menos que 10%; ácidos graxos poliinsaturados, até 10%; ácidos graxos monoinsaturados, de 10% a 15%, e a ingestão de colesterol menor do que 300mg/dia. Do ponto de vista prático, é importante evitar alimentos gordurosos em geral, como carnes gordas, embutidos, laticínios integrais, frituras, gorduras derivadas do coco, molhos, doces e cremes ricos em gordura hidrogenada (trans) e alimentos com excesso de óleo e gordura. As proteínas não devem exceder as necessidades nutritivas, em torno de 0,8 a 1,0 g/Kg/dia¹².

Edulcorantes podem ser usados, lembrando que alguns possuem valor calórico apreciável (por exemplo sorbitol e frutose). A Organização Mundial de Saúde recomenda o uso dos adoçantes, comprovando que não há efeitos danosos que contra-indiquem o seu uso.

Os percentuais de macronutrientes (carboidratos, proteínas e lipídeos) e de fibras são iguais tanto no tratamento do diabetes como na prevenção da doença arterial coronariana em pacientes diabéticos. A dieta a ser prescrita deve respeitar as particularidades de cada indivíduo, como gênero, peso,

altura, atividade física e hábitos alimentares e ter em foco, mais do que a quantidade, a qualidade da gordura ingerida. A relação entre a ingestão de gorduras saturadas e insaturadas (poli e mono) deve ser respeitada, assim como evitada a ingestão de gorduras trans (hidrogenadas), pois, além de elevar o colesterol total, aumentam também o LDL-C.

Abordagem de enfermagem

O enfoque de enfermagem consiste em desempenhar um papel-chave na educação para mudança de estilo de vida e adesão farmacológica. Esta abordagem consiste em alcançar e manter uma aliança terapêutica entre o enfermeiro e o paciente. As alterações no estilo de vida podem ser altamente benéficas; por exemplo, mesmo com reduções relativamente modestas no peso (5 a 10%) pode ocorrer efeitos positivos na pressão sanguínea, no perfil lipídico e na tolerância à glicose^{13, 14}. Para que tais estratégias sejam implementadas, os pacientes com diabetes devem ser engajados de modo total no processo de tratamento para que sejam capazes de manejar sua própria condição crônica de saúde. Contudo, a efetividade destas mudanças depende de uma educação mais abrangente por parte da equipe, com contatos sistemáticos e regulares para monitorar o progresso e continuar encorajando as mudanças alcançadas.

Em alguns pacientes, alterações isoladas no estilo de vida não são suficientes para alcançar os objetivos esperados no controle do diabetes. Nestes casos, os enfermeiros devem estar atentos à falha da abordagem não-farmacológica e discutir com a equipe a introdução de fármacos apropriados para o melhor controle glicêmico. A atualização sobre drogas utilizadas para o controle da glicemia, do perfil lipídico e da pressão arterial requerem conhecimento por parte dos enfermeiros, para que possam transmitir, de modo efetivo, dados sobre os benefícios da medicação combinada à manutenção das mudanças no estilo de vida, minimizando riscos cardiovasculares¹⁵.

As co-morbidades elevam o risco cardiovascular e exigem esforços redobrados para a prevenção de eventos maiores. Os indivíduos cardiopatas e diabéticos são um exemplo deste grupo de maior risco e, em conseqüência, são os pacientes que obtêm maior benefício com as intervenções de enfermagem.

Abordagem psicológica

Pesquisas apontam que restrições dietéticas desempenham papel importante na expressão de comportamentos alimentares inadequados em pacientes diabéticos. Transtornos alimentares, assim como a presença de co-morbidades psiquiátricas, em especial depressão, podem interferir no controle metabólico e aumentar as complicações do diabetes¹⁶.

O comportamento alimentar está relacionado tanto com aspectos técnicos e objetivos, como também com aspectos socioculturais e psicológicos¹⁷. Existe um sistema de valores, de símbolos e significados que estão associados à dimensão do comer e que precisam ser compreendidos pelos profissionais de saúde, para maior eficácia das ações com pacientes submetidos a rigoroso controle alimentar. As representações que as pessoas elaboram acerca de sua enfermidade intervêm nas escolhas do tipo de tratamento que se busca, na maneira de cuidar do próprio corpo e no

seguimento do tratamento prescrito pelos profissionais. Nesta perspectiva, o enfoque da abordagem educativa deve englobar aspectos subjetivos e emocionais que influenciam na adesão ao tratamento, indo além dos processos cognitivos¹⁸.

Estudo recente, conduzido com 51 pacientes diabéticos seguidos 12 dias por médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social e podólogo para orientações em grupo e aconselhamento individual, demonstrou que, após 3 meses, os pacientes observados pela equipe apresentaram melhora no controle glicêmico e na qualidade de vida¹⁹.

Os resultados de um estudo qualitativo, publicado este ano, com mulheres portadoras de diabetes, demonstraram inúmeras dificuldades em seguir a dieta prescrita. As maiores estão relacionadas à perda do prazer de comer e beber, da autonomia e da liberdade para se alimentar. Além disso, estas pacientes relataram dificuldades relativas ao preparo e à manipulação dos alimentos durante o dia-a-dia, e a proibição de ingeri-los. Os autores descrevem que seguir um padrão dietético recomendado desperta tristeza, e o ato de comer, muitas vezes, vem acompanhado de medo, culpa e revolta. Os resultados deste estudo também reforçam que o comportamento de mulheres com diabetes é complexo e precisa ser compreendido à luz dos aspectos psicológicos, biológicos, sociais, culturais, e econômicos, para maior eficácia das intervenções educativas¹⁸.

Em um programa de educação, além de os pacientes serem convocados a entender os resultados de seus exames, devem também incorporar discussões sobre o que pensam que os motivaria a arcarem com responsabilidades sobre decisões diárias, suas escolhas e melhor controle metabólico²⁰.

No contexto de aspectos emocionais, evidencia-se a importância da percepção e do encaminhamento das dificuldades e do despertar de emoções peculiares ao confronto com o diabetes. Tem sido demonstrado que programas multidisciplinares poderão favorecer a adesão e o compromisso do paciente com o tratamento. Portanto, a partir de uma assistência ampla, que contemple aspectos clínicos, cognitivos e emocionais, os resultados poderão ser mais efetivos.

No caso do paciente diabético cardíaco, consideramos que o diabetes é um dos fatores de risco para a cardiopatia, o que reforça sobremaneira a importância de adesão ao tratamento, para minimizar fatores de risco e melhorar a qualidade de vida. Na compreensão psicológica desse paciente, se sobressai o caráter crônico do diabetes somado à doença cardiovascular. Apesar de ter evolução lenta, em geral, apresenta uma manifestação súbita, que costuma se confrontar com o risco de morte mais imediato. O paciente diabético cardiopata vivencia um impacto emocional relacionado à perda de sua saúde por dois diagnósticos

e, dependendo da forma como consegue organizar suas defesas emocionais, terá ou não condições de aderir ao tratamento.

Estratégias para melhorar o sucesso da terapia – aliança entre pacientes e equipe multidisciplinar¹⁵

Medidas de prevenção secundária, abordando todos os fatores de risco, são necessárias para evitar novo evento cardiovascular em pacientes com doença arterial coronariana e diabetes mellitus. O tratamento por múltiplos profissionais tem sido sugerido no tratamento de várias patologias, já que profissionais de diferentes áreas da saúde abordam um mesmo problema de forma diversa e principalmente aditiva.

Uma vez recebido o tratamento, a avaliação regular e o encorajamento pela equipe multidisciplinar podem ajudar a maximizar a adesão do paciente com relação a alterações no estilo de vida e regime terapêutico.

Aos profissionais engajados em equipe multidisciplinar, transdisciplinar ou interdisciplinar compete conhecer e implementar as melhores práticas baseadas em evidência no seguimento dos pacientes. O conhecimento e a percepção das potenciais habilidades que estes possuem, bem como a identificação daqueles com mais risco de má adesão devem ser conhecidos, a fim de serem incluídos no planejamento do cuidado. A equipe deve ser hábil para ouvir, informar e valorizar a capacidade dos pacientes de serem responsáveis com o seu autocuidado. A efetividade das ações dos profissionais deve ser continuamente revisada, atualizada e avaliada para os resultados pretendidos. Aos pacientes compete entender o suficiente sobre sua doença e as atividades diretamente dependentes das suas habilidades para o autocuidado. Além disso, deverão construir um ajuste para sua condição e estar dispostos a desenvolverem um relacionamento efetivo com a equipe, buscando uma comunicação adequada com os profissionais para avaliar, de modo constante, os progressos alcançados com alterações no estilo de vida e medicamentos. A conduta esperada requer compromisso diário com o plano de tratamento e disposição em trabalhar de maneira aberta com os profissionais da saúde.

Quando desenvolvido um programa de assistência ao paciente, pela equipe multidisciplinar, deve-se considerar a importância das discussões dos casos em atendimento, por intermédio do ajuste do grupo de profissionais. Esses devem visar entender o paciente como um todo, englobando, na sua compreensão, os vários aspectos e as abordagens realizadas no tratamento. Quando o enfoque é a adesão, torna-se importante a compreensão da individualidade dos pacientes para traçar estratégias de acordo com as dificuldades surgidas em cada caso. É comum que se manifestem em mais de uma área, permitindo que os profissionais auxiliem o paciente na medida em que podem realizar abordagens na mesma direção.

Referências Bibliográficas

1. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART Study): case-control study. *Lancet* 2004;364(9438):937-52.

2. Silva MAD, Sousa AG, Schargodsky H. Fatores de Risco para Infarto do Miocárdio no Brasil: Estudo FRICAS. *Arq Bras Cardiol* 1998;71:667-675.

3. Piegas LS, Avezum A, Pereira JC, et al. AFIRMAR Study Investigators. Risk factors for myocardial infarction in Brazil: AFIRMAR Study. *Am Heart J* 2003;2:331-338.

4. Goldmeier S, Castro I. A teoria do autocuidado no manejo dos fatores de risco (obesidade, hipertensão e tabagismo) em pacientes pós- infarto agudo do miocárdio. *Rev Assoc Med RS* 2005;49(3):149-54.

5. Simpson DR, Dixon BG, Bolli P. Effectiveness of multidisciplinary patient counseling in reducing cardiovascular disease risk factors through nonpharmacological intervention: results from the Health Heart Program. *Can J Cardiol* 2004;20(2):177-86.
6. Silva RCC PV, Maciel P, Furquim A, et al. Abordagem transdisciplinar no manejo de pacientes diabéticos pós-infarto. *Eur J Public Health* 2006; submetido.
7. Kronsbein P JV, Muhlhauser I, Scholz V, Venhaus A, Berger M,. Evaluation of a structured treatment and teaching programme on non-insulin-dependent diabetes. *Lancet* 1988;17(2):1407-11.
8. Sadur CN, Moline N, Costa M, et al. Diabetes management in a health maintenance organization. Efficacy of care management using cluster visits. *Diabetes Care* 1999;22(12):2011-7.
9. Maislos M, Weisman D. Multidisciplinary approach to patients with poorly controlled type 2 diabetes mellitus: a prospective, randomized study. *Acta Diabetol* 2004;41:44-48.
10. Ko GT LJ, Kan EC, Lo MK. Effects of structured health education programme by a diabetic education nurse on cardiovascular risk factors in Chinese Type 2 diabetic patients: a 1-year prospective randomized study. *Diabet Med* 2004;21:1274-79.
11. Scheen AJ, Lefèbvre PJ. Management of the obese diabetic patient. *Diab Rev* 1999;7(2):77-93.
12. Krauss RM, Eckel RH, Howard B, et al. AHA Dietary Guidelines: revision 2000: A statement for healthcare professionals from the Nutrition Committee of the American Heart Association. *Circulation* 2000;102(18):2284-99.
13. Eckel RH, Krauss RM. American heart association call to action: obesity s a major risk factor for coronary heart disease. *Circulation* 1998;97:2099-2100.
14. Foreyt JP, Poston WS. The challenge of diet, exercise and lifestyle modification in the management of the obese diabetic patient. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999;23:S5-S11.
15. Adiseshiah M. Effective care of patients with type 2 diabetes and dyslipidemia: a nurse's perspective. *Diab Res Clin Prac* 2005;68S2:S23-S27.
16. Azevedo AP, Papelbaumb M, D'eliaa F. Diabetes e transtornos alimentares: uma associação de alto risco. *Rev Bras Psiqu* 2002;24(3):77-80.
17. Garcia RWD. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2: Um enfoque simbólico do comer e da comida nas doenças. *Rev Nutr Puccamp* 1992;5(1):70-80.
18. Peres DS, Franco LJ, Santos MA. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. *Rev Saúde Pub* 2006;40(2):364-371.
19. Keers JC, Blaauwweikel EE, Hania M, Bouma J. Diabetes rehabilitation: development and first results of a Multidisciplinary Intensive Education program for patients with prolonged self-management difficulties. *Pat Educ Cons* 2004;52:151-57.
20. Allatta RCC. O discurso de adolescentes diabéticos acerca da própria doença: o saber do paciente. *Rev Soc Bras Psicol* 2001;4(2):18-23.