



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Jose Cordero Salas

Métodos de intervenção em busca de soluções no  
tratamento de usuários com diabetes mellitus da  
Unidade de Saúde Central do Município de Pedras  
Grandes, SC

Florianópolis, Março de 2018



Jose Cordero Salas

Métodos de intervenção em busca de soluções no tratamento de  
usuários com diabetes mellitus da Unidade de Saúde Central do  
Município de Pedras Grandes, SC

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Larissa Pruner Marques  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018



Jose Cordero Salas

Métodos de intervenção em busca de soluções no tratamento de usuários com diabetes mellitus da Unidade de Saúde Central do Município de Pedras Grandes, SC

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Büchele**  
Coordenadora do Curso

---

**Larissa Pruner Marques**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018



# Resumo

**Introdução:** O diabetes mellitus (DM) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência vem crescendo mundialmente e está relacionada em grande parte ao processo de envelhecimento populacional. O diabetes mellitus, doença crônica associada à elevação dos níveis glicêmicos, representa uma das principais comorbidades enfrentadas na Atenção Primária. O desafio para a equipe de saúde consiste no diagnóstico precoce e estratégias que possibilitem a estabilização dos níveis glicêmicos para promoção de melhorias na qualidade de vida dos usuários com DM. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de intervenção para melhorar a adesão dos usuários ao controle e tratamento do diabetes mellitus na Unidade de Saúde Central do Município de Pedras Grandes, SC. **Metodologia:** Este trabalho teve como base uma revisão narrativa da literatura. Foi realizado por meio de levantamento bibliográfico. Foi feita uma leitura criteriosa e objetiva dos artigos, destacando-se os trechos que poderiam corresponder à apresentação de uma base conceitual de suporte ao plano operativo pretendido. Sobre o nível de informação acerca de DM e tratamento, haverá capacitação dos agentes comunitários de saúde; quanto ao uso adequado de medicação, será abordado nas visitas domiciliares por profissionais de saúde; e palestras com usuários e familiares sobre o DM. **Resultados esperados:** Espera-se que a partir da implantação do plano de ação a melhora da adesão ao tratamento adequadamente. Para isso, os profissionais de saúde necessitam de conhecimento avançado sobre o controle, a prevenção e as complicações da doença, sendo responsáveis por propiciar condições favoráveis para as mudanças comportamentais, por parte do indivíduo com DM. Espera-se melhor acompanhamento, para um tratamento adequado e uma melhora na qualidade de vida dos usuários com DM do município de Pedras Grandes, SC.

**Palavras-chave:** Adesão ao tratamento medicamentoso, Atenção Primária à Saúde, Diabetes Mellitus



# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	13
2.1	Objetivo geral . . . . .	13
2.2	Objetivos específicos . . . . .	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	15
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	23
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	25
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	27



# 1 Introdução

Eu trabalho no município de Pedras Grandes, que é um município de imigração italiana. Em 1877 chegam os primeiros imigrantes oriundos da região de Vêneto norte da Itália, a procura de terras demarcadas pelo império. A cidade prosperou com a extração do carvão. A população de Pedras Grandes tem em sua maioria os descendentes dessas primeiras famílias que aqui fundaram o município que hoje tem uma população de 5.000 habitantes, tendo na área urbana 15% da população e na área rural 85% da população. É constituída por descendentes de imigrantes italianos, portugueses, alemães, poloneses, franceses, africanos e outros. Localizada no vale do Rio Tubarão, Pedras Grandes já foi ponto de parada dos tropeiros que faziam a ligação comercial entre os campos de Lages e Tubarão.

Fundada em 28 de abril de 1877, a cidade viveu um período de extremo desenvolvimento depois da descoberta das minas de carvão em Lauro Müller e da construção da Estrada-de-Ferro Dona Thereza Christina, quando foi erguida no município uma estação ferroviária – depois transformada em Museu da Cultura Italiana. O município de Pedras Grandes está localizado na região sul do Brasil, no estado de Santa Catarina. Fica localizado no Vale de Tubarão, sul de Santa Catarina situada em sua grande parte, à margem direita do Rio Tubarão (cujas nascentes fica localizada no município de Lauro Muller).

Possui uma área de 171,82 km<sup>2</sup>, segundo o Censo 2000. Infra-estrutura tem saúde, educação, assistência social. No campo da educação tem um centro de educação infantil, e creche com 130 alunos, uma escola municipal com 200 alunos e duas escolas estaduais que totalizam 450 alunos. Para garantir que todos tenha acesso as escolas a secretaria de educação disponibiliza 2 ônibus escolares, 3 micro ônibus e 2 kombis.

O índice de analfabetismo no município é baixo, sendo uma média de 10% da população sendo esses com mais de 50 anos de idade. No setor de saúde o município conta com 6 postos de saúde, sendo dois deles de ESF, com isso consegue atender toda a população, com qualidade, as equipes de saúde contam com médicos clínico geral, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ginecologista, pediatra, dentista, psicóloga, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social e agentes de saúde.

A atividade econômica predominante é agricultura, principalmente no cultivo do fumo, mas também se destaca pela produção da uva Goethe, milho, feijão, pêssego e pecuária. A maioria da população é católica, mas tem também evangélicos. As condições de moradia da população é de casas próprias, uma média de 90%, sendo somente 10% de casas alugadas. Quanto a rede de abastecimento de água em geral, somente a população da região central do município tem acesso, as comunidades do interior tem o abastecimento direto de nascentes. O município conta com linhas de ônibus que levam aos municípios vizinhos de Tubarão e Orleans.

Os motivos de consulta mais frequentes da população são consultas de Gestantes e Diabetes Mellitus. A população total acompanhada atualmente pela minha equipe de ESF de Pedras Grandes-SC, do posto de saúde central, é de 843 masculino e 865 femininos, sendo a faixa etária de 326 pessoas com menos de 20 anos, 1029 pessoas com faixa etária entre 20 a 59 anos e 353 pessoas com faixa etária maior de 60 anos. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no mês de fevereiro de 2017, é de 83 pacientes, ou seja 4,8% dos pacientes da minha equipe de ESF; Prevalência de Diabetes Mellitus no mês de fevereiro de 2017 é de 289 pacientes ou seja 16,9% de pacientes da minha equipe ESF.

O acompanhamento de pessoas com HAS e Diabetes é feito através de encontros de grupos que tem HAS e DM, quanto a Tuberculose e Hanseníase não temos nenhum caso no município atualmente. Quanto ao índice de dentes perdidos, obturados ou cariados, não temos estes dados, pois o sistema e-sus ainda está sendo utilizado aos poucos. Quanto aos dados das cinco queixas mais comuns que levaram a população a procurar a minha unidade de saúde em 2015, não temos estes dados concretos, mas geralmente a procura é por HAS, DM e Saúde mental. A nossa equipe de ESF não programa atendimentos de acordo com a demanda esperada identificada pelos dados de atendimento. Por que estamos agora iniciando a atender através do programa E-SUS. Antes não tínhamos estes dados, pois o atendimento era e ainda é através de prontuário manual. Número de óbitos em menores de 1 ano de idade em 2015, causas das mortes das crianças com menos de 1 ano de idade em 2015, não temos estes dados.

Proporção de crianças com até um ano de vida com esquema vacinal em dia no último mês é de 90%. Proporção de gestantes que tiveram sete ou mais consultas durante o pré-natal em 2015, não temos estes dados. A nossa equipe de ESF não acompanha a evolução da saúde materno-infantil no nosso bairro, pois não tínhamos e ainda temos dificuldade para ter esses dados unificados.

O município de Pedras Grandes ainda usa prontuário manual e o E-sus CDS. Tivemos duas mortes no município em 2015, sendo uma por sequela de AVC e outra morte súbita. As cinco principais causas de morte e de internações de residentes do nosso bairro centro, são AVCs, DM, HAS, Obesidade e doenças respiratórias. No ano de 2015, tivemos 307 internações hospitalares de residentes do Município de Pedras Grandes, sendo elas 56 por doenças respiratórias, 49 por doenças do aparelho circulatório, 44 por neoplasias, 31 por gravidez parto e puerpério, 29 por lesões envenenamento, 18 por doenças do aparelho digestivo, 15 por doenças sistema osteomuscular e tec conjuntivo, 13 por doenças do aparelho genitúrio, 12 por transtornos mentais e comportamentais, 9 por algumas doenças infecciosas e parasitárias, 7 por sinais e sintomas em achados anormais ex clínico e laboratórios, 6 por influenza. Alguns dos dados solicitados neste trabalho, não possuímos na unidade de saúde e nem na Secretaria Municipal de Saúde, pois o município de Pedras Grandes não possui um sistema unificado de dados.

As consultas ainda estão sendo digitadas em prontuário de papel. Aos poucos estão iniciando a instalação do E-SUS, mas ainda usamos o E-SUS CDS, que é a forma mais básica. O problema que eu escolhi para realizar o projeto de intervenção é a alta incidência de pacientes com DM. Há principais causas de dificuldade para marcar consulta para pacientes com DM, o que em caso de complicações como neuropatias periféricas, retinopatias diabéticas, etc é um problema de grande impacto na vida do usuário.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para melhorar a adesão dos usuários ao controle e tratamento do diabetes mellitus na Unidade de Saúde Central do Município de Pedras Grandes, SC.

### 2.2 Objetivos específicos

- Identificar 100% dos usuários com diabetes mellitus.
- Reorganizar a agenda dos profissionais de saúde a partir da demanda relacionada ao diabetes mellitus.
- Aumentar o nível de informação dos usuários com diabetes mellitus e familiares sobre a doença, controle e tratamento.



## 3 Revisão da Literatura

### **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

A Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica à Saúde (ABS) é o primeiro nível de contato, a porta de entrada dos indivíduos, das famílias e da comunidade no sistema de atenção à saúde. Na rede pública, o contato para os portadores de DM é a Unidade Básica de Saúde (UBS), que está estruturada de acordo com a Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF, criada em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), tem como principal propósito reorganizar a prática da atenção básica à saúde e substituir o modelo tradicional de assistência, priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. O atendimento é oferecido na UBS e no domicílio pelos profissionais da saúde que compõem as equipes de Saúde da Família. Esses profissionais e a população assistida criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação dos problemas de saúde da comunidade (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008).

A organização da equipe de saúde da família é constituída por médico, enfermeiro, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo as agentes comunitárias de saúde, uma peça de suma importância para consolidação do trabalho de ESF, pois tem o contato direto com as famílias, tendo assim o acesso direto ao modo de vida da comunidade (ARAUJO; ASSUNÇÃO, 2004).

O Ministério da Saúde registra as atribuições específicas a cada profissional da equipe da ESF (BRASIL, 2011):

Médico: I - realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;

II - realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário;

V - indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Enfermeiro: I - realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV - planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;

V - contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Auxiliar/técnico de enfermagem: I - participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

II - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

III - realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;

IV - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e

V - contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

Agente Comunitário de Saúde: I - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

II - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

III - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;

VI - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e

VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2011).

Por todas estas atribuições supracitadas é que a equipe da ESF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, trabalhando assim na prevenção as doenças propriamente ditas.

## DIABETES

O Diabetes Mellitus é um distúrbio crônico caracterizado pelo comprometimento do metabolismo da glicose e de outros substratos produtores de energia ocasionando a hiperglicemia, sendo responsável pelo desenvolvimento de agravos agudos ou complicações vasculares e neuropáticas tardias. Essa patologia está relacionada ao déficit de produção do hormônio insulina, seja absoluto ou relativo (com resistência insulínica concomitante), resultando em aumento da produção hepática de glicose e redução de sua utilização periférica (GOLDMANN, 2009).

O índice de indivíduos diabéticos está em crescimento devido ao aumento do envelhecimento populacional, ao processo de urbanização, ao maior número de obesos e sedentários, bem como à maior sobrevida dos pacientes com esta doença (SBD, 2009). A elevação na quantidade de diabéticos reflete as estatísticas de que esta patologia representa a principal causa de amputação de membros inferiores e de cegueira adquirida e uma das maiores responsáveis pela insuficiência renal dialítica. Ainda, favorece o desenvolvimento de comorbidades como cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico e hipertensão arterial (GOLDMANN, 2009).

Através dos dados fornecidos, nota-se quanto é fundamental o diagnóstico precoce do diabetes e o acompanhamento adequado do paciente, ocorrendo de forma abrangente e multiprofissional, observando os critérios de diagnóstico e seguimento (metas glicêmicas a serem atingidas), além de se ter um olhar bem perceptivo para as peculiaridades de cada paciente (SBD, 2009).

Os critérios diagnósticos estão relacionados aos seguintes níveis glicêmicos em duas dosagens:

Hemoglobina Glicada >6,5% (GOLDMANN, 2009) ou

Glicemia de Jejum >126 mg/dl ou

Glicemia 2h após TOTG-75 > 200mg/dl ou

Glicemia aleatória >200 mg/dl + sintomas de hiperglicemia (SBD, 2009).

Ainda conforme a SAÚDE-OPAS/OMS (2017), a diabetes é uma doença que dura por toda a vida. Apesar disso, é possível controlá-la, se a pessoa assumir a responsabilidade de seu próprio tratamento.

O sucesso do tratamento não depende só da equipe multidisciplinar de saúde, e sim da disciplina e comprometimento do paciente de cumprir as indicações de seu tratamento: aderir a um plano de alimentação adequada para doentes de DMbem como realizar exercícios físicos regularmente e tomar seus medicamentos de forma correta. Neste caso, uma pessoa que tem diabetes pode levar uma vida normal e prevenir as complicações da doença.

Tipos de diabetes

Os principais tipos de diabetes são, conforme a FID (2011), são:

- Tipo 1: é uma doença autoimune que destrói as células produtoras de insulina do pâncreas. Representa de 3 a 5% do total de casos de diabetes no mundo. Desenvolve-se com mais frequência em crianças e jovens adultos, mas pode aparecer em qualquer idade. As pessoas com diabetes tipo 1 sempre dependem das injeções de insulina para sobreviver. Dezenas de milhares de crianças e jovens adultos morrem a cada ano por falta de insulina, que lhes salvaria a vida. Ainda não existe uma terapia provada e ao alcance de todos para prevenir ou curar a diabetes tipo 1 (FID, 2011)

- Tipo 2: é causada por uma combinação de resistência à insulina e deficiência deste hormônio. Representa 95% ou mais do total de casos de diabetes em nível mundial

Ela costuma produzir-se, com mais frequência, em pessoas de meia idade ou já mais velhas, mas está apresentando-se cada vez mais em crianças, adolescentes e jovens adultos com sobrepeso. Afeta especialmente as pessoas em idade produtiva. As pessoas com diabetes tipo 2 podem tratar-se com comprimidos, mas muitas também necessitam de injeções de insulina. A diabetes tipo 2 é causa principal de doença cardíaca e outras complicações. Pode-se prevenir ou retardar notavelmente através de intervenções simples e economicamente eficientes (FID, 2011).

- Diabetes Gestacional (DMG): é uma intolerância à glicose, que aparece ou se detecta pela primeira vez durante a gravidez. A DMG afeta pelo menos uma de cada 25 gravidez no mundo. Uma DMG não diagnosticada ou inadequadamente tratada pode provocar um bebê maior do que o normal, o que aumenta o índice de mortes de mães e crianças, e de anormalidades fetais (FID, 2011).

As mulheres com DM gestacional e os bebês nascidos correm um maior risco de desenvolver diabetes tipo 2 com o passar do tempo (FID, 2011).

## **BENEFÍCIOS DA ADESÃO AO PROGRAMA DE TRATAMENTO TERAPÊUTICO**

Boas et al. (2011) definiu adesão autocuidado como a extensão na qual o compor-

tamento da pessoa se refere ao uso de medicação, ao seguimento de dietas e à prática diária de atividades físicas para o favorecimento da mudança de comportamento ou seja, a adoção de hábitos de vida saudáveis. A adesão não pode ser pensada como um construto unitário, mas, sim, multidimensional, pois as pessoas podem aderir muito bem a um aspecto do regime terapêutico, mas não aderir aos outros.

A Organização Mundial da Saúde publicou um documento que descreve cinco fatores principais que podem influenciar a adesão ao autocuidado: características pessoais; condição socioeconômica e cultural; e aspectos relacionados ao tratamento, à doença, ao sistema de saúde e à equipe profissional (BOAS et al., 2011).

Boas et al. (2011) afirmou que, embora os achados da literatura acrescentem que a gravidade da doença possa ser um fator que contribui com a adesão ao autocuidado, reconhece-se que mesmo para as doenças graves, a não adesão, em algum grau, é universal. Estimativas de não adesão ao tratamento de doenças crônicas, em especial, chegam a 50% ou mais.

Segundo Boas et al. (2011), o tratamento do Diabetes Mellitus (DM) visa à manutenção do controle metabólico e compreende, basicamente, a terapia não medicamentosa e medicamentosa, sendo a primeira relacionada às mudanças de comportamento associadas à alimentação saudável e à atividade física. A terapia nutricional, baseada na orientação e no estabelecimento de um plano alimentar individualizado, associada à prática de exercício físico, é considerada de primeira escolha para o controle do DM e seus benefícios tem sido evidenciada na literatura.

Ribeiro et al. (2012) acreditam que as ações educativas, junto ao paciente, família e comunidade, têm um papel essencial no controle dessa enfermidade, uma vez que as complicações estão estritamente ligadas ao conhecimento para o cuidado pessoal diário adequado e ao estilo de vida saudável.

O idoso, em especial, por muitas vezes ter dificuldade no entendimento da gravidade da DM, bem como por na maioria das vezes não ter acompanhamento e apoio de familiares, necessita ser estimulado pelos profissionais de saúde, a manter uma vida independente, adaptando-se da melhor forma possível às modificações exigidas para o controle metabólico. As ações educativas terão muito a contribuir para uma melhor qualidade de vida, destes pacientes devendo-se considerar, para se obter resultados efetivos, a fase do ciclo vital e suas peculiaridades.

Sendo assim, venho ressaltar mais uma vez a importância das Equipes Saúde da Família na redução dos indicadores de doenças crônicas na sua área de abrangência.

O processo de envelhecimento da população no Brasil está ocorrendo de modo acelerado, e, associadamente, a crise econômica, as desigualdade e os problemas sociais contribuem para impedir que o idoso tenha uma vida saudável e satisfatória. Neste sentido, as doenças crônicas são responsáveis pelas principais causas de morte entre os idosos, segundo Teixeira et al. (2006).

Ribeiro et al. (2012) destacam também o Programa do Diabetes, que tem como meta diminuir a prevalência desta enfermidade, utilizando-se da educação em saúde, buscando prevenir as complicações que podem surgir. De acordo com o Ministério da Saúde, o Diabetes é uma das principais causas de mortalidade (27,4%) por problemas cardiovasculares em pessoas idosas.

Alguns fatores que potencializam o desencadeamento constante da doença na população e que dificultam as medidas de prevenção são o desconhecimento da patologia por parte dos pacientes portadores e comunidade em geral, a não adesão ao tratamento, dificuldades de acesso ao Centro de Saúde, falta de monitoramento dos níveis glicêmicos, entre outros (SAÚDE-OPAS/OMS, 2017).

O Diabetes Mellitus, segundo Ribeiro et al. (2012), é uma doença endócrina, com causas multifatoriais, está relacionado diretamente à produção insuficiente de insulina, falta desta ou incapacidade da mesma de exercer sua função com êxito. Geralmente ocasiona hiperglicemia constante e outras complicações. Pode lesionar em longo prazo, o coração, os olhos, os nervos, os rins e a rede vascular, sobretudo a periférica. Sua classificação determina vários tipos de diabetes, como Diabetes Mellitus tipo I, tipo II, Diabetes gestacional e outras formas, porém os mais conhecidos são o tipo I e II, onde o segundo demonstra maiores números, pois tem origens definidas.

A SAÚDE-OPAS/OMS (2017) define adesão ao tratamento como o cumprimento do mesmo; isto é, tomar a medicação de acordo com a dosagem do programa prescrito; e a persistência, tomar a medicação ao longo do tempo. Nos países desenvolvidos, somente 50% dos pacientes crônicos cumprem com seu tratamento; cifras que inclusive se incrementam ao se referir a determinadas patologias com uma alta incidência.

Tradicionalmente se usa o termo “cumprimento” para definir o grau no qual o paciente segue as recomendações do médico prescritor. Este termo tem sido questionado, já que, para muitos, parece implicar que o paciente tem um papel passivo em seu tratamento, limitando-se a tomar o medicamento tal e como lhe foi prescrito pela Información Farmacoterapéutica de la Comarca (INFAC, 2011).

Já o termo “descumprimento” põe culpa no paciente por falhar na hora de seguir as instruções médicas. Atualmente, prefere-se ao termo “adesão”, definido como o grau que resulta na soma do verdadeiro cumprimento com a persistência, ou seja, do grau na qual o comportamento do paciente coincide com as recomendações concordadas entre o médico e o paciente (INFAC, 2011).

Portanto, ressaltam-se tanto a participação ativa do paciente, bem como de seus familiares, com a supervisão do médico para criar um clima de diálogo, que facilite a tomada de decisões compartilhadas.

A Organização Mundial de Saúde considera a falta de adesão aos tratamentos crônicos e suas consequências negativas clínicas e econômicas um tema prioritário de saúde pública (REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014).

Para [Larrea e Mir \(2004\)](#), a falta de eficácia do tratamento pelo descumprimento faz com que o médico, que na maioria das vezes desconhece este fato, não possa avaliar com clareza a utilidade do tratamento, e pensa que o diagnóstico e/ou o tratamento não sejam corretos. Nesta circunstância, o paciente pode ser submetido a provas complementares desnecessárias, a doses mais altas das habituais ou a tratamentos mais agressivos, o que produz um aumento de riscos para o paciente.



## 4 Metodologia

O presente trabalho trata-se de um estudo de intervenção, a fim de dar resposta aos dados encontrados no diagnóstico de saúde da área de abrangência da Unidade de Saúde Central do Município de Pedras Grandes, SC. Ainda, para uma melhor abordagem no planejamento e desenvolvimento serão efetuadas revisões bibliográficas, a fim de se ter ações devidamente consistentes e sólidas. O público alvo serão usuários com DM.

O planejamento traz um minucioso estudo para o desenvolvimento das ações, as quais envolverão a participação da equipe de saúde. O plano de ação surgiu da identificação dos problemas mais notáveis, a fim de formular medidas que objetivassem o controle glicêmico adequado e a melhoria da qualidade de vida de usuários portadores de diabetes mellitus. Com base na metodologia do planejamento estão previstas as seguintes ações:

Tabela 1 – Desenho das operações a serem desenvolvidas pela Unidade de Saúde Central do Município de Pedras Grandes, SC.

OPE- RA- ÇÕES	RESULTADOS	PRO- DU- TOS	RESPONSÁ- VEIS	RECURSOS NECESSÁRIOS	PRAZO
Nível de informação acerca de DM e tratamento	Usuários com DM mais informados sobre as causas, consequências e tratamento da doença.	Capacitação permanente dos ACS	Médico	Organizacional: organização da agenda de trabalho. Cognitivo: orientação e informação sobre o tema.	Um mês para planejamento das ações.
Uso adequado de medicação	Usuários com DM terão o conhecimento acerca das medicações, efeitos e cuidados.	Visitas domiciliares por profissionais de saúde.	Técnico de enfermagem e enfermeiras.	Disponibilização de grupo capacitado. Financeiro: oferta suficiente de medicação e de glicômetro.	De um a dois meses.
Palestras com usuários com DM e familiares	Usuários e familiares terão conhecimento sobre a adesão ao tratamento, evolução da doença e a importância dos hábitos de vida.	Capacitação de profissionais do ESF, pelo médico.	Profissionais da saúde (médico, enfermeiras, técnicos de enfermagem e agentes comunitários)	Financeiro: aquisição de materiais educativos (folhetos, recursos áudio visuais). Organizacional: organização de agenda. Cognitivo: informações sobre o tema.	Início o mais breve possível.

## 5 Resultados Esperados

Com este plano de intervenção, espera-se a realização de um controle glicêmico adequado (pela terapia farmacológica e não farmacológica), melhoria da qualidade de vida dos usuários com diabetes, redução dos índices de complicações e número de encaminhamentos para serviços de urgência e emergência, assim como de internações hospitalares.

Além disso, espera-se a ampliação do conhecimento da comunidade sobre o DM, seja portador ou não, reduzindo alguns estigmas relacionados a essa morbidade.



## Referências

- ARAÚJO, M. R. N.; ASSUNÇÃO, R. S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. *Rev. bras. enferm.*, p. 19–25, 2004. Citado na página 15.
- ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo programa saúde da família, ventosa, belo horizonte. *Ciênc. saúde coletiva*, p. 2189–2197, 2008. Citado na página 15.
- BOAS, L. C. G.-V. et al. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto contexto - enferm.*, v. 20, n. 2, p. 272–279, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 19.
- BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. DOU, Brasília, n. 1, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.
- FID, F. I. D. D. *Plano Mundial contra a diabetes*. 2011. Disponível em: <<http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>> Acesso em: 30 Out. 2017. Citado na página 18.
- GOLDMANN, L. *Cecil Medicina*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. Citado na página 17.
- INFAC, I. F. D. L. C. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. *LIBURUKIA*, p. 1–6, 2011. Citado na página 20.
- LARREA, P.; MIR, M. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Inf Ter Sist Nac Salud*, v. 28, p. 113–120, 2004. Citado na página 20.
- REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A. S.; SOUZA, R. K. T. de. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cad. Saúde Pública*, v. 30, p. 126–136, 2014. Citado na página 20.
- RIBEIRO, A. G. et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. *Rev. Nutr.*, p. 271–282, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 20.
- SAÚDE-OPAS/OMS, O. P.-A. D. S. E. O. M. D. *Manual para educadores em Diabetes Mellitus*. 2017. Disponível em: <<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/75fdaca24167f51ae04001011f016991.pdf>> Acesso em: 01 Nov. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 20.
- SBD, S. B. D. D. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. Itapevi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- TEIXEIRA, E. R. et al. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. *Esc Anna Nery R Enferm*, v. 10, n. 3, p. 378–384, 2006. Citado na página 19.