

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO**  
**ALEGRE**

**YUNEISY CISCAL LETTER**

**ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES COM DIABETES MELLITUS:  
INTERVENÇÃO EDUCATIVA**

**SIMÃO DIAS-SE**

**2018**

**YUNEISY CISCAL LETTER**

**ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES COM DIABETES MELLITUS:  
INTERVENÇÃO EDUCATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do Professor Dr. Luiz Farias de Lima Neto.

**SIMÃO DIAS-SE**

**2018**

**YUNEISY CISCAL LETTER**

**ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES COM DIABETES  
MELLITUS: INTERVENÇÃO EDUCATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso-TCC apresentado à  
UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso  
de Especialização em Saúde da Família.

Data de Aprovação \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Banca Examinadora

---

Professor Orientador

---

Professor Examinador 1

---

Professor Examinador 2

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	5
2. RELATO DE CASO CLINICO.....	7
3. PROMOÇÃO E SAÚDE .....	11
4. VISITA DOMICILIAR.....	14
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	16
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	17
7. ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO-----	18



## 1-INTRODUÇÃO

Meu nome é Yuneisy Ciscal Letter, sou Médica Cubana, tenho 32 anos, sou natural da Província de Villa Clara, onde cresci e concluir o Ensino da Educação Básica. Posteriormente, fiz minha Graduação Universitária no Instituto Serafim Ruiz de Zárata Ruiz, assim, me graduei como médica em julho 2008. Iniciei minha carreira profissional como Médica em Saúde da Família no município Santo Domingo. Contudo, continuei meus estudos cursando Residência Médica na área de Medicina Geral Integral no período de 2 anos. Todavia, obtive o Título de Especialista em Primeiro Grau em Medicina Geral Integral em setembro 2010. Após terminar os estudos da Especialidade, cumpri missão internacionalista no País de Venezuela, exercendo a profissão por um período de 3 anos consecutivos até 2013. Em agosto de 2016 aderi ao Programa Mais Médicos para o Brasil, no qual exerço as atividades laborativas até os dias atuais, trabalhando na cidade de Simão Dias/SE localizada no centro sul do Estado.

Simão Dias é um município brasileiro do Estado de Sergipano, Região Nordeste do País. Sua população estimada em 2015 pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), é aproximadamente de 40 526 habitantes. O município se estende por 564,7 km<sup>2</sup> e contava com 38 724 habitantes no último censo. A densidade demográfica é de 68,6 habitantes por km<sup>2</sup>.

Atuo na Unidade Básica de Saúde José Pereira Dos santos, na zona rural do referido município, tendo por cede o Povoado Salobra. No entanto, é de suma importância ressaltar que essa área abrange 6 postos de Saúde em diferentes povoados. Considera-se de risco pela presença de famílias de baixo nível socioeconômico, cultural, além disso por não ter acesso a água tratada e serviço de escoamento de esgoto. Na maioria dos povoados temos escolas públicas, igrejas, associações comunitárias, etc. A população atendida abrange um total de 3 272 habitantes. Nesse contexto, as doenças avaliadas com maior frequência nos atendimentos são Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2, como doenças crônicas e transmissíveis temos as doenças digestivas (parasitoses intestinais, doenças diarreicas agudas), além de infecções respiratórias agudas e a dengue principalmente nos tempos de chuvas.

O tema proposto no Projeto de Intervenção foi sobre **Diabetes Mellitus**, tendo como Subtema: **“Estratégias da Equipe da Família para aumentar a adesão ao tratamento dos portadores de Diabetes Mellitus”**.

Podemos dizer que em nossa Unidade de Saúde a déficit de deficiência é a aderência ao tratamento em pacientes diabéticos, porém, fica muito difícil estabelecer um adequado controle metabólico. Este fator, incrementa o risco de aparição de complicações da doença vascular periférica, periférica, doença renal crônica, cardiopatia isquêmica, doenças cerebrovasculares entre muitas outras, as quais afetam a qualidade de vida das pessoas e incrementam os gastos em tratamentos. A não aderência ao tratamento das doenças crônicas hoje é um problema de prioridade de extrema urgência.

## 2-CASO CLINICO

Atualmente a Diabetes Mellitus é uma das doenças crônicas com maior prevalência na minha área de saúde, onde trabalho. O caso que vou mostrar e acompanhado por nossa equipe de saúde.

Paciente R S F, de 72 anos com antecedentes de Diabetes mellitus 2 há 15 aproximadamente para o qual ele está levando tratamento médico com metformina e glibenclamina, comparece a consulta medica no dia 10/04/2016 para renovar sua receita do tratamento de base. Durante a conversa relata que apresenta tonturas, poliúria e fraqueza, além disso conta que não está levando tratamento de forma regular, muitas vezes esquece.

### **Antecedentes Familiares:**

- ❖ Mãe: falecida, não conhece a causa
- ❖ Pai: falecido, Infarto do miocárdio
- ❖ Irmã: viva, com antecedentes de Diabetes Mellitus II

Hábitos tóxicos: bebedor de café

### **Condições socioeconômicas e de vida:**

E viúvo há 5 anos, mora sozinho, casa de madeira, com 2 Quarto, 1 banheiro, sala pequena e cozinha.

Alimentação: não leva uma alimentação muita saudável, as vezes só come 2 vezes ao dia.

A renda e de um salário mínimo pois recebe aposentadoria

### **Exame Físico:**

Paciente com bom estado geral, afebril

PA: 130/80mmHg



FC: 81bpm

FR: 19 bpm

Glicose: 200 mg/dl

**Medidas Antropométricas:**

Peso: 65.5 kg

Altura: 156 cm

Estado Nutricional: 26.9 sobrepeso

**Orientações:**

- ✓ Mudança de estivo do vida.
- ✓ Pratique atividade física (Fazer caminhadas).
- ✓ Alimentação saudável: Realizar 5 a 6 refeições ao dia, evitar o consumo de alimentos ricos em açúcar, consumir frutas e verduras diariamente, diminuir o consumo de alimentos ricos em gordura.
- ✓ Fazer uso adequado do tratamento.
- ✓ Solicito exames laboratoriais: hemograma, glicose em jejum, colesterol, triglicerídeos, ureia, ácido úrico.
- ✓ Renovo receitas e agendo retorno para 15 dias

**Consulta de reavaliação:**

O paciente retorna no dia 25/04/2016 com os dados:

PA: 120/ 80mmHg

FC: 81bpm

Peso: 65 kg

Relata-se que já está fazendo as orientações indicadas, de acordo a sua condição econômica. Trouxe os resultado dos exames laboratoriais para ser avaliados:

Hb: 13.1 g/dl, glicose: 130 mg/dl, colesterol total: 285 mg/dl,

Triglicerídeos: 170 mg/dl, ureia: 34mg/dl, creatinina: 0.80 mg/dl

Recomendo manter as orientações anteriores, além disso evitar o consumo de alimentos ricos em carboidratos como pães, bolos, farinhas etc. Coloco tratamento com sinvastatina 40mg 1cp ao noite, para dislipidemia. Agendo retorno num mês.

Início o tratamento com Sinvastatina antes de aguardar a melhora com apenas medidas de mudanças de hábitos de vida, pois e um paciente com Diabetes Mellitus tipo 2, com outros fatores tais como idade, tabagismo, tempo que leva com a doença. Após classificar o risco, fazendo uma avaliação da estratificação do risco cardiovascular e considerado como alto risco de doença coronários. Colocamos estatinas (com ou sem hiperlipidemia) pois reduzem o risco de desenvolvimento de complicações periféricas macro vasculares, reduzir o risco de AVC entre outras, com todo isso reduzir a mortalidade. Colocando 40mg em dose única a noite, porque e a dose inicial usual administrada nestes casos, além de iniciar a dieta e os exercícios.

### **Segunda Consulta de reavaliação: Dia 20/05/2016**

Nesta consulta relata que está melhor, sem queixa, com bom estado geral, fazendo uso continuo do tratamento e cumprindo as medidas de régimen de alimentação, as caminhadas etc.

#### **Ao Exame físico:**

Paciente consciente orientado em tempo, espaço e pessoa, facie não característica do processo patológico.

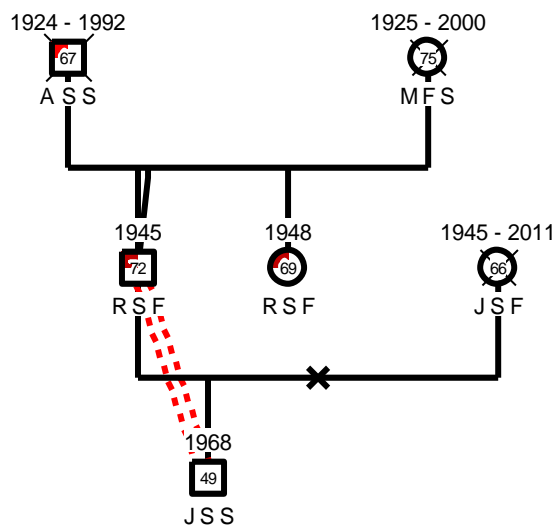
Glicose: 120 mg/dl

Ausculata cardíaca e pulmonar sem alterações. (FC: 79bpm, PA: 120/80mmHg)

Extremidades superiores e inferiores: simétricas, não deformidades, não mostrar-se lesões.

Oriento manter o uso regular do tratamento, continuar com a mudança de estilo de vida e a alimentação saudável, para ter manter um controle da Diabetes, evitando as complicações futuras. Solicito retorno em 4meses.

Realizo visita Domiciliar no dia 30/05/2016 para montagem do Genograma familiar.



### **3-PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

Há mais de um ano, atuo na Unidade Básica do Povoado Salobra, zona Rural do Município, Estado Sergipe, município Simão Dias, desde que cheguei a desempenhar meu trabalho os problemas mais frequentes nessa população é atendidos no Posto de Saúde são as doenças crônicas como a Diabetes mellitus, Hipertensão Arterial Crônica entre outras e os pacientes com transtornos mentais ou psiquiátricos, levando uso continuado de tratamento. A prática mais relevante que adotei foi Atividades de Intervenção Educativas nos pacientes com Diabetes Mellitus levando controle deles com registro que tem cada Agente Comunitário de Saúde mostrando nome completo, idade, sexo e tratamento médico de cada.

No início fiz um trabalho individual com cada paciente e com ajuda das Agentes Comunitárias de Saúde, que realizam um papel importante na Equipe, constatando-se que a maioria não tinham estilo de vida saudável, não praticavam exercícios físicos mantendo sedentarismo, alimentação inadequada e o tratamento médico não mantinha de forma continua.

Por todo o exposto a equipe, também com apoio do NASF, nutricionista criamos um grupo com isso pacientes, realizamos palestras educativas para ampliar o conhecimento sobre a doença, os riscos, as complicações e os cuidados, muito importante como manter estilo de vida saudável, pois adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo.

De acordo com o caderno Atenção Básica, nº 36.);

“Recomenda-se que a consulta de rastreamento para a população-alvo definida pelo serviço de Saúde seja realizada pelo enfermeiro da UBS, encaminhando para o médico em um segundo momento, a fim de confirmar o diagnóstico dos casos suspeitos”. (BRASIL, CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, Nº36, pg. 28).

Por exemplo, mudanças de estilo de vida reduziram 58% da incidência de diabetes em 3 anos. Essas mudanças visavam discreta redução de peso (5-10% do peso), manutenção do peso perdido, aumento da ingestão de fibras, restrição energética moderada, restrição de gorduras, especialmente as saturadas, e aumento de atividade física regular.

Ao longo deste período, os resultados foram ótimos em quanto à melhora da qualidade de vida das pessoas, diminuindo a incidência de Diabetes Mellitus e as complicações são menores. Por isso nosso objetivo dia a dia, e aprofundar e enfatizar, planejando ações educativas, através de palestras, dinâmicas de grupo etc. que ajudem a minimizar os riscos e dificuldades.

Também nesse período tive um aumento significativo de nascidos vivos, de muita importância à puericultura, que é a área da pediatria que acompanha o crescimento, o desenvolvimento físico e motor, a linguagem, a afetividade e a aprendizagem cognitiva da criança. Ela não só observa cada um desses aspectos, como também avalia como a criança se utiliza deles para se relacionar com as pessoas à sua volta. Com a puericultura, é possível detectar problemas precocemente, estabelecer diagnóstico de falha ou atraso do desenvolvimento em áreas específicas, e intervir positivamente diante das alterações que surgirem.

Fiz programação de consultas de acordo com a idade das crianças, 7 consultas de rotina no primeiro ano de vida e assim consecutivamente. Nessas consultas periódicas importante fazer exame físico completo, avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor, acompanhamento do crescimento, através da aferição periódica do peso, da altura e do perímetro cefálico.

Orientamos os pais sobre a prevenção de acidentes no domicílio de acordo a fase etária, sobre administração das vacinas conforme o calendário básico de vacinas e importância de manter o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e a incorporação da alimentação complementar após os 6 meses.

E por isso que nosso papel fundamental na Atenção Primária é a prevenção e promoção de saúde, traçamos estratégias como são as atividades educativas com as grávidas, que iniciamos desde o momento da primeira consulta pré-natal, realizamos atividades coletivas, onde falamos da importância que ter aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, os inúmeros benefícios que traz para o bebê como para elas, como são prevenir doenças e diminui a taxa de mortalidade do bebê, diminui as chances do bebê ter alergias, diminui a cólica dos primeiros meses, o leite está na temperatura correta e por isso não há perigo de queimar o bebê, é o melhor alimento para o bebê, pois contém todos os nutrientes que ele precisa para crescer saudável.

Os resultados obtidos foram ótimos pois as mães comparecem para fazer acompanhamento das crianças de acordo da agenda e foi reduzido o número de meninos com aleitamento artificial.

Nosso desejo é mudar posturas de educar a traves de palestras, atividades educativas, que ajudem a melhorar a qualidade de vida.

#### **4-VISITA DOMICILIAR**

Refletir sobre a Atenção Domiciliar é de suma importância, pois é a nova modalidade de Atenção à Saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados integradas às redes de atenção à saúde

O PSF pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas Equipes de Saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares.

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

As Visitas Domiciliares são agendadas pois nas reuniões de avaliação de equipe, os Agentes de Comunitários de Saúde que jogam um papel importante em nosso trabalho diário e tem o conhecimento da população trazem os casos que precisam ser avaliados e fazemos o planejamento mensal deles, além disso realizamos acompanhamento também daqueles pacientes idosos com doenças crônicas: (Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Crônica), acamados, com deficiências, que não podem ir ao posto de saúde para receber atendimento. Muitos vezes são apresentadas algumas dificuldades para desenvolvimento das mesmas, pela distância pois temos vários povoados.

Na Atenção Básica várias ações são realizadas no domicilio como cadastramento, busca ativa, ações de vigilância e educação em saúde.

Um aspecto relevante na minha atuação e que não só conhecemos a situação do usuário agendado, também temos conhecimento da família como um todo, da situação da casa, condições socioeconômicas, higiênicas, ambiente familiar, assim como o cuidador, que é aquela pessoa que presta os cuidados diretamente de maneira continua e/ou regular podendo ou não ser algum membro da família, seja filho, irmão, sobrinho etc. Então nós como equipe damos

orientações sobre os cuidados a serem realizados diariamente no próprio domicílio, já seja em quanto sua alimentação, higiene, tratamentos médicos indicados, sobre evitar acidente domiciliares entre outras coisas que são de suma importância para o indivíduo. Do mesmo modo os cuidadores podem interatuar com a ESF e falar se tem alguma preocupação, duvidas, medos ou suas próprias angustias, para serem resolvidas.

A visita Domiciliar tem sido um dos instrumentos mais enriquecidos na pratica da saúde, favorecendo a melhoria de qualidade de vida dos usuários em seus aspectos biopsicossocial e aumentando a resolutividade dos problemas apresentados que tem levado uma procura cada dia maior pelos usuários.

As vezes temos que cancelar algumas visitas já planejadas, comprometendo o atendimento dessas pessoas já agendadas, devido a que a população e muito grande e não temos o transporte disponível, geralmente realizamos de 5 a 6 visitas por período, com prévio aviso ao dia da mesma.

Temos que saber que a Ética e fundamental na realização da visita domiciliar, ela norteia o agir do profissional a traves de seus princípios, sendo o suporte que auxilia na distinção dos valores, porque e de suma importância respeitar o usuário e seus direitos, opiniões como pessoas e como ser humano.



## **5-REFLEXÃO CONCLUSIVA**

Na qualificação de nossa prática profissional foi de grande valia o curso, pois tive um bom aproveitamento dos temas discutidos e analisados na especialização, nas atividades desenvolvidas em cada módulo, assim como os casos clínicos baseados nos principais problemas comuns na Atenção Primária de Saúde e nossa atuação diária. Me permiti crescer como profissional tanto nos atendimentos, assim como nas visitas domiciliares, ampliar os conhecimentos, pude me atualizar-se sobre os diferentes Protocolos dos manejos das principais doenças frequentes na minha área de saúde para um melhor desempenho.

Durante as atividades desenvolvidas para a elaboração do presente trabalho e os encontros realizados com a equipe de saúde e na intervenção na Unidade de Saúde que trabalho, propiciou-se a ampliação da atenção dos pacientes com Diabetes Mellitus, melhorando no acolhimento dos pacientes, medicação de uso contínuo, acompanhamentos da solicitação de exames, orientações gerais em quanto a melhorar o estilo de vida, prática de exercícios, alimentação saudável, pois a maioria dos pacientes são de idade avançada, que não tinha o conhecimento necessário sobre a importância de fazer uso contínuo do tratamento médico, manter alimentação saudável, incluídas as 5 ou 6 refeições diárias para ter um controle da doença, evitando futuras complicações, também incorporando a família neste processo de ajuda conjunta, educando sobre os cuidados.

No desenvolvimento deste trabalho o processo de aprendizagem foi muito valioso para todos os profissionais da equipe, adquirindo-se novas experiência, conhecimentos que nos permitiu mudar a realidade da assistência à saúde dispensada aos pacientes com Diabetes Mellitus, atendendo as necessidades reais dos pacientes e suas preocupações.

## 6-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – Brasília: Ministério da Saúde, 2005 Cadernos de Atenção básica n. 36 (Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas. Diabetes Mellitus). Brasília 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAUDE/ DIRETORIA DE ARTICULAÇÃO DE REDE DE ATENÇÃO - RAS Santa Catarina - **Oficina de Governança Rede de Atenção à Urgência e Emergência Macrorregião Nordeste e Planalto Norte** - Guia do Participante - abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

Portaria N° 4.279 de 30 de dezembro de 2010 a qual estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/atencao-domiciliar/modalidades-de-atencao-domiciliar/735-acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar>>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2018.

Disponível em:<[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>. Acesso em 08 de março de 2018.

**ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**A PROJETO DE INTERVENÇÃO: ESTRATÉGIAS DA EQUIPE DE SAÚDE PARA  
AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO DOS PORTADORES DE DIABETES  
MELLITUS**

**YUNEISY CISCAL LETTER**

**SERGIPE 2017**

**YUNEISY CISCAL LETTER****A PROJETO DE INTERVENÇÃO: ESTRATÉGIAS DA EQUIPE DE SAÚDE PARA  
AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO DOS PORTADORES DE DIABETES  
MELLITUS**

Projeto de intervenção do curso de Especialização em  
Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de  
Ciências da Saúde de Porto Alegre e UNA- SUS.

**SIMÃO DIAS-SE****2018**

## SUMÁRIO

1. Introdução -----	22
1.1 Identificar e apresentar o problema -----	23
1.2. Justificativa da intervenção -----	23
2. Objetivos -----	24
2.1 Geral	
2.2 Específicos	
3. Metodologia -----	25
3.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção	
3.2 Cenários d intervenção	
3.3 Estratégias e ações	
3.4 Avaliação e Monitoramento	
4. Resultados esperados -----	28
5. Cronograma -----	29
6. Recursos necessários -----	30
7. Referencias Bibliográfica -----	31
8. Anexo -----	33

## 1. INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina.

Atualmente o Diabetes mellitus configura-se uma epidemia mundial, tomando-se um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. Se estima que afeta entre 60 e 100 milhões de pessoas no mundo, sendo a primeira causa de morte depois do câncer e IMA. O envelhecimento da população, a urbanização crescente, o sedentarismo, dietas pouco saudáveis e a obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da prevalência da Diabetes. As consequências humanas, sócias e econômicas do Diabetes são devastadoras para o mundo, cerca de 4 milhões de mortes por ano são determinadas por essa doença e suas complicações, representando 9% do total de mortes.

No ano 2009, 5,8% da população brasileira referem diagnóstico médico de Diabetes Mellitus, tendo maior prevalência no sexo feminino (6,2%), quando comparada ao sexo masculino (5,3%)(Brasil,2011). Estima-se que em 2025 possam existir cerca de mais de 11 milhões de diabéticos em relação aos 5 milhões de diabéticos, no ano 2000.

Cabe ressaltar ainda que o diagnóstico da doença acarreta muitas vezes um choque emocional para a pessoa, que não está preparada para conviver com as limitações decorrentes da condição crônica. Assim, a vivência do diabetes quebra a harmonia orgânica e muitas vezes, transcende a pessoa do doente, interferindo na vida familiar e comunitária, afetando seu universo de relações.

A melhoria no controle do Diabetes mellitus pode ser alcançada por meio do tratamento não medicamentoso e medicamentoso. Em ambos é necessária a compreensão e adesão do portador, pois se trata de doença crônica e seu controle, se não se evita, pelo menos retarda o aparecimento dos agravamentos. Um dos maiores problemas encontrados pelos profissionais de saúde no processo de intervenção com pacientes diabéticos é a baixa adesão ao tratamento, fenômeno recorrente no tratamento de doenças que exigem mudanças nos hábitos de vida. Estimular a adesão ao tratamento é de extrema importância e a educação em saúde pode ser considerada uma das estratégias que possibilitam melhor adesão dos pacientes ao esquema de tratamento.

A Unidade Básica de Saúde da Salobra tem uma população de 3172 habitantes, desta 137 são diabéticos que representa um 4.31 %. Na UBS são oferecidas informações educativas principalmente pelo apoio do núcleo de Apoio de Saúde Familiar, mediante formação de grupos interativos centrados em elementos nutricionais, prevenção do pie diabético entre outros. Agora durante nosso trabalho tem se notado uma prevalência da doença em pacientes com idade menor de 60 anos, com tempo de diagnóstico da doença maior de 6 meses, os quais apresentam desconhecimento dos elementos básicos de educação sanitária e uma pobre aderência ao tratamento medicamentoso. Porém, e prioridade estabelecer novas estratégias de trabalho para conseguir uma melhor educação sanitária nestes pacientes e aderência ao tratamento.

### **1.1 Declaração do problema científico:**

Como é que adesão ao tratamento dos pacientes com Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde vai se comportar, após a aplicação de um programa de educação em saúde?

### **1.2 Justificativa / fundamentação teórica**

Diante do exposto, podemos dizer que em nossa Unidade de Saúde o fenômeno de deficiente aderência ao tratamento em pacientes diabéticos está presente, porem fica muito difícil estabelecer um adequado controle metabólico. Este fator, incrementa o risco de aparição de complicações da doença vascular periférica, doença renal crônica, cardiopatia isquêmica, doenças cerebrovasculares entre muitas outras, as quais afeitam a qualidade de vida das pessoas e incrementam os gastos em tratamentos. A pobre aderência ao tratamento das doenças crônicas é um problema de prioridade hoje, pelo que justifica a importância do desenvolvimento de um programa educativo de ação para diminuir a sua repercussão.



## 2. OBJETIVOS

Objetivo Geral.

➤ Aplicar uma estratégia educacional em pacientes portadores de Diabetes Mellitus para incrementar a adesão ao tratamento na Unidade Básica de Saúde da Salobra.

Objetivos específicos.

➤ Determinar o nível de conhecimento sobre a Diabetes Mellitus e tratamento (medicamentoso e não medicamentoso) que tem os participantes do projeto.

➤ Aplicar a estratégia educacional sobre a Diabetes Mellitus e seus cuidados para os pacientes da equipe da Unidade básica de Saúde.

➤ Avaliar o nível de conhecimento sobre a Diabetes Mellitus e a adesão ao tratamento após aplicação da estratégia educativa.

➤ Motivar a equipe de saúde para que educação em saúde se transforme em uma ação diária em seu trabalho.

### 3. METODOLOGIA

Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

Enfermeira, Auxiliar de Enfermagem, os Agentes Comunitários de Saúde, dentista Integrantes da Equipe envolvida no projeto de intervenção como o médico, e os integrantes da Equipe Núcleo de Apoio de Saúde a Família (NASF).

O grupo pacientes diabéticos adultos da área comunitária 2, identificados pelas Agentes Comunitárias e escolhidos pelo azar durante as visitas domiciliares, sendo 45.

❖ Cenários da intervenção

O projeto de intervenção será desenvolvido na Unidade Básica de Saúde da Salobra.

Será utilizado o salão de reuniões da unidade que apresenta adequadas condições de iluminação, ventilação e climatização.

❖ Estratégias e ações:

Etapa 1

Primeiro será necessário identificar os pacientes diabéticos que vão querer participar no projeto de intervenção. As ações educacionais serão feitas pela médica da equipe, a enfermeira, a dentista, a Psicóloga e nutricionista da equipe NASF, por meio de reuniões programadas.

Etapa 2

Após a identificação dos integrantes envolvidos no projeto de intervenção os mesmos serão convocados para uma reunião na Unidade de Saúde, para a descrição rápida dos objetivos e a importância do projeto de intervenção.

Serão utilizadas como materiais para o ensino o quadro branco, a caneta, o apagador, cartolinas e computador.

Neste mesmo dia se aplicará um questionário os participantes do projeto para determinar o nível de conhecimento que tem sobre a Diabetes Mellitus e seu tratamento antes de aplicar a intervenção, serão utilizados papeis com previa impressão do questionário e lápis.

O funcionário que vai fazer esta atividade será o médico responsável do projeto.

### Etapa 3

Serão realizadas palestras semanais na Unidade de Saúde, com duração de 2 horas, onde serão discutidos temas relacionados com a doença, seus dados epidemiológicos, mitos e verdades sobre a Diabetes Mellitus, complicações assim como ênfase na educação sanitária e tratamento.

Antes de começar as aulas realizaremos aos participantes do projeto, avaliações sistemáticas do estudado da palestra anterior, mediante perguntas orais.

Utilizaremos como materiais informativos panfletos, cartazes, o computador, textos impressos, fotografias e vídeos.

Os responsáveis pelas palestras serão: o médico, a enfermeira, a psicóloga, a nutricionista, a dentista e agentes comunitárias.

### Etapa 4

Aplicaremos aos integrantes do projeto o mesmo questionário da etapa 2, para avaliar os níveis de conhecimentos que adquiriram nas palestras feitas.

Serão utilizados papéis com previa impressão do questionário e lápis.

O funcionário que vai fazer esta atividade será o médico responsável do projeto.

### Etapa 5

As Agentes Comunitárias de saúde são o principal mediador do acesso do indivíduo ao serviço de saúde, pelo que as mesmas vão contribuir com a educação sanitária dos pacientes diabéticos e portadores de outras doenças crônicas. Nas visitas domiciliares contribuirão ativamente junto as auxiliares de enfermagem na divulgação das informações sobre o autocuidado na comunidade, esclareceram as dúvidas que tem os pacientes e familiares sobre o tema, direcionaram aos pacientes para agendar consultas com o médico, de ser necessário, pesquisarão os casos com maiores dificuldades no tratamento da doença, para discutir nas reuniões da equipe onde participa a equipe NASF, a dentista o médico e a enfermagem.

Os responsáveis de esta etapa será a equipe de Saúde toda (as Agentes Comunitárias de Saúde, Auxiliares de Enfermagem, Enfermeira, Médico, equipe NASF).

❖ Avaliação e Monitoramento

Os integrantes do projeto serão estimulados, durante as reuniões do grupo, compartilhar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção, proporcionando a avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe.

Durante as reuniões semanais que serão realizadas com toda a equipe será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções se necessário, monitorando a execução do projeto.

#### **4. RESULTADOS ESPERADOS**

Com a implantação do projeto de intervenção, espera-se melhorar a adesão ao tratamento em pacientes diabéticos e incrementar o nível de conhecimento das Agentes Comunitárias e as Auxiliares de Enfermagem da Equipe de Saúde sobre o tratamento e educação em saúde continuada em pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, uma vez assim que este conhecimento estimule realizar uma ação educativa diária no seu trabalho e com a melhor qualidade.

## 5. CRONOGRAMA

ATIVIDADES	Jun. 2017	Jul. 2017	Aug. 2017	Set. 2017	Out. 2017	Nov. 2017	Dez. 2017
Identificação do problema	X						
Elaboração do projeto		X					
Aprovação			X				
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X
Revisão final e digitação					X	X	
Entrega de trabalho final						X	
Socialização do trabalho							X

## **6. RECURSOS NECESSÁRIOS**

### **Recursos materiais**

- Quadro branco
- Apagador
- Caneta
- Computador
- Cartolinas
- Fotografias
- Materiais informativos como panfletos, vídeos, fotografias
- Prontuários do pacientes em estudo

### **Recursos humanos:**

A equipe de saúde, de forma geral composto por 1 medico clinico geral, uma enfermeira 1 técnico de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus:** hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 102p.

DENISE, Siqueira Péres; Manoel Antônio dos Santos; Maria Lúcia Zanetti; Antônio Augusto Ferronato. **Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença:** sentimentos e comportamentos. Ver. Latino-Am. Enfermagem v. 15 n.6 Ribeirão Preto nov./dez. 2007.

ELIANE, C. D.Meirelles; Paulo Cobellis Gomes. **Compreendendo, sob a ótica do portador de diabetes, usuário do SUS o significado da alimentação no controle de sua doença. Extraído de trabalho Conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós – Graduação em Saúde da Faculdade Santa Marcelina, modalidade Residência Multiprofissional, para obtenção do título de Especialista em saúde da Família. São Paulo 2011.**

FERNANDA, Sanches Carvalho; Augusto Pimazoni Netto; Patrícia Zach; Anita Sachs; Maria Teresa Zanella. **Importância da orientação nutricional e dor teor da dieta no controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2 sob intervenção educacional intensiva** ArqBrasEndocrinoMetab vol.56 no.2 São Paulo. 2012.

GUIDONI, C. M. e col. Assistência ao diabetes no Sistema Único de saúde: análise do modelo atual. Brazilian Journal off Pharmaceutical Science, v. 45, n. 1, p. 37-48, jan./mar.2009.

CLELLAN, KCP, Barbalho SM, Catallini M, Lerario AC. Diabetes Mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. Ver Nutr.2007;20(5): 515-24.

SOCIEDADE, Brasileira de Diabetes. **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus**

SARTORELLI, DS, Franco LJ. **Tendências do diabetes mellitus no Brasil:** o papel da transição nutricional. Cad. saúde Pública. 2003;19 Suppl1:S29-36. [Links]

ZANETTI, ML, Otero LM, Freitas MCF, Santos MA, Guimaraes FPM, Couri CEB, Peres DS, Ferronato AA, Dal Sasso K, Barbieri AS. **Atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo Staged Diabetes Management:** relato de experiência. RBPS 2006; 19(4):253-60.

ZANETTI, ML, Otero LM, Freitas MCF, Santos MA, Guimarães FPM, Couri CEB, Peres DS, Ferronato AA, Dal sasso K, Barbieri AS. **Atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo Staged Diabetes Management:** relato de experiência. RBPS 2006; 19(4):253-60.



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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.583, de 10 de outubro de 2007. **Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus [Internet].** 2007

PACE, AM, Oshoa-Vigo K, Caliri MHL, Fernandes APM. **O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado.** Rev Latino AmEnferm [Internet]. 2006 [citado 2010 out. 15];14(5):1-7.

Disponível:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000600008>. >; Acesso em: dezembro de 2017.

Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt\\_v14n5a14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a14.pdf)..>. Acesso em 02 de dezembro de 2018.

## 8. Anexos

Questionário:

Data \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

1. Voce acha que as causas da Diabetes mellitus são?

----- Idade

----- Obesidade

----- Ausência no habito de fumar e de alcoolismo

----- Comer muito doce

2. Voce suspeita que tenha Diabetes Mellitus porque apresenta:

----- Febre

----- Tosse

----- Muita fome

----- Bebe muita agua

----- Perda de peso

----- Muita sede

----- Tonturas

3. O que elementos são utilizados no tratamento da Diabetes

----- Comprimidos

----- Atividade física

----- Glibenclamida

----- Antiparasitários

----- Alimentação sem açúcar

4. Quais seriam reações adversas do tratamento medicamentoso da Diabetes Mellitus?

-----Dor abdominal

-----Diminuição dos nível de glicose

-----Dor de cabeça

-----Tonturas

5. Qual complicações você acha que podem causadas pela Diabetes?

-----Infarto do coração

-----Doença renal crônica

-----Infarto cerebral

-----Dor de barriga

----- Alterações sexuais

-----Alterações da retina do olho

6. O paciente com Diabetes deve comer na suas refeições:

-----Doces

-----Dieta balanceada

-----Mais carboidratos que proteínas e nada de vegetais

-----Pelo menos 5 refeições no dia