

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

VINÍCIUS COSTA CARNEIRO

BAIXA ADESÃO DOS PACIENTES AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS
NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDIM LIMA, SÃO JOSÉ DE RIBAMAR,
MARANHÃO: PLANO DE INTERVENÇÃO

FORTALEZA

2018

VINÍCIUS COSTA CARNEIRO

**BAIXA ADESÃO DOS PACIENTES AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS
NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDIM LIMA, SÃO JOSÉ DE RIBAMAR,
MARANHÃO: PLANO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof^o. Me. Nara Sousa Rodrigues

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- C291b Carneiro, Vinícius Costa.
BAIXA ADESÃO DOS PACIENTES AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDIM LIMA, SÃO JOSÉ DE RIBAMAR, MARANHÃO :
PLANO DE INTERVENÇÃO / Vinícius Costa Carneiro. – 2018.
29 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará,
Faculdade de Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2018.
Orientação: Profa. Ma. Nara Sousa Rodrigues .

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Diabetes Mellitus . 3. Terapêutica . I. Título.

CDD 362.1

VINÍCIUS COSTA CARNEIRO

**BAIXA ADESÃO DOS PACIENTES AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS
NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDIM LIMA, SÃO JOSÉ DE RIBAMAR,
MARANHÃO: PLANO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: 15/08/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof^a., Dra, Maria Bethânia da Costa Chein
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a., Dra., Elis Cabral Victor
Faculdade Maurício de Nassau

RESUMO

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica que se caracteriza pelo elevado nível de glicose no sangue. De acordo com dados de 2017, cerca de 425 milhões de pessoas em todo o mundo têm a enfermidade. Na Unidade Básica de Saúde Jardim Lima (UBS JLIMA) em São José de Ribamar, Maranhão, observou-se vários diagnósticos situacionais de DM, destacando-se a má adesão ao tratamento como o mais agravante. Então, esse projeto de intervenção tem o intuito de melhorar a adesão ao tratamento de pessoas com DM cadastradas nas equipes de Estratégia de Saúde da Família da UBS JLIMA. Para auxiliar na avaliação dos motivos da baixa adesão, para criar estratégias resolutivas e comparar os resultados com as metas propostas pela equipe utilizou-se o método conhecido como Ciclo PDCA. Após a aplicação do projeto, concluiu-se que a meta de readesão foi atingida, ultrapassando os 50% de adesão colocados como meta e que o baixo nível social e educacional dessa população foram os principais argumentos para justificar o abandono ou a falta de adesão ao tratamento da diabetes mellitus

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Estratégia Saúde da Família. Adesão ao tratamento. Complicações.

RESUMEN/ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) is a chronic disease characterized by high blood glucose levels. According to data from 2017, about 425 million people around the world have the disease. In the primary health care of Jardim Lima in São José de Ribamar, Maranhão, several situational diagnoses of DM were observed, highlighting the low adherence to treatment as the most aggravating factor. Therefore, this intervention project aims to improve adherence to the treatment of people with DM enrolled in the UBS JLIMA family health strategy teams. To assist in the evaluation of the reasons for the low adherence, to create strategies and to compare the results with the goals proposed by the team, the method known as the PDCA Cycle was used. After the implementation of the project, it was concluded that the goal of re-accession was reached, surpassing the goal of 50% adherence and that the low social and educational level of this population were the main arguments to justify the abandonment or lack of adherence to the treatment of diabetes mellitus

Keywords: Diabetes. Family Health Strategy. Treatment Adherence. Complications.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	PROBLEMA.....	7
3	JUSTIFICATIVA.....	8
4	OBJETIVOS.....	9
4.1	OBJETIVO GERAL.....	9
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	9
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	10
6	METODOLOGIA.....	13
7	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	20
8	CRONOGRAMA.....	21
9	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	22
10	CONCLUSÃO	23
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica que se caracteriza pelo elevado nível de glicose no sangue devido ao fato de o corpo não produzir insulina, ou produzi-la em quantidade insuficiente (DEFRONZO *et al*, 2015).

Nas duas últimas décadas do século XX, houve um aumento significativo do número de pessoas diagnosticadas com DM, tornando esta doença uma das maiores ameaças para a saúde humana no século XXI (ZIMMET; ALBERTI; SHAW, 2001). Dados demonstram um aumento abrupto de diabéticos, e a previsão é de que os números atuais dobrarão em muitas regiões até 2045. De acordo com dados de 2017, cerca de 425 milhões de pessoas em todo o mundo têm a enfermidade. Desse total, cerca de 90% é de DM tipo 2, onde um terço são pessoas com mais de 65 anos. (ZIMMET; ALBERTI; SHAW, 2001).

Vale ratificar que, se nada for feito, esse número poderá chegar a 629 milhões em cerca de 3 décadas (IDF, 2013). Além disso, acredita-se que grande parte dos casos continuará sendo de DM tipo 2, a qual tem uma forte ligação com a obesidade e como sedentarismo (ZIMMET; ALBERTI; SHAW, 2001). Em relação ao gênero, os homens com idade entre 20 e 69 anos são os mais acometidos, porém há uma inversão nesse valor a partir dos 70 anos (IDF, 2013).

Em 2012, a Federação Internacional de Diabetes (IDF) estimou a prevalência da doença no Brasil em cerca de 10,3% (IDF UPTODATE, 2012). De acordo com dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), em dezembro de 2015, no estado do Maranhão, existiam cerca de 26.958 diabéticos registrados, sendo 353 no município de São José de Ribamar (DATASUS, 2018).

No bairro Jardim Lima (JLIMA), em São José de Ribamar, existem cerca de 95 pacientes em acompanhamento continuado pelas duas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) da Unidade Básica de Saúde Jardim Lima (UBS JLIMA). Está assistida a 8 microáreas das quais apenas 4 estão cobertas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Após uma análise dos prontuários com auxílio das ACS e de reuniões de equipe, observou-se vários diagnósticos situacionais de DM, destacando-se a má adesão ao tratamento como o mais agravante.

2 PROBLEMA

Diante do exposto, o presente plano de intervenção tem como situação-problema os agravos gerados pelo mau controle glicêmico e pela má adesão ao tratamento contra a DM.

3 JUSTIFICATIVA

Todos os pacientes diabéticos da área de cobertura, que estão em acompanhamento na UBS JLIMA, possuem Diabetes tipo 2 e, após uma análise dos prontuários com auxílio das ACS e de reuniões de equipe, concluiu-se que o principal diagnóstico situacional é a má adesão ao tratamento.

O desconhecimento sobre a doença e seus agravos, o baixo grau de alfabetização da população e a dificuldade do uso correto das medicações foram considerados os principais motivos da má adesão e justificam o plano de intervenção.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um projeto de intervenção para a melhoria da adesão ao tratamento de pessoas com DM cadastradas nas equipes de Estratégia de Saúde da Família de São José de Ribamar – MA.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Incentivar a busca ativa e o cadastramento do maior número de diabéticos.

Reconhecer os problemas que geram a falta de adesão ao tratamento da DM.

Realizar palestras para esclarecimento da população doente acerca da doença, do tratamento e dos possíveis agravos.

5 REVISÃO DE LITERATURA

No antigo Egito, cerca de 1550 a.C., escrito no papiro de Ebers, tem-se o primeiro relato sobre o diabetes onde se descreveu acerca de uma enfermidade caracterizada por excessiva micção (poliúria). Já os médicos hindus Charaka, Sushruta e Vaghbata, há aproximadamente 500 a.C., cerca de mil anos antes dos europeus, descreveram pela primeira vez sobre a doçura da urina dos diabéticos, pois perceberam que ela atraía formigas e moscas. No entanto, foi William Cullen, um químico inglês, quem no século XVIII cunhou o termo diabetes mellitus (*mellitus* = mel, em latim) para descrever a doença (SANDERS, 2002).

Atualmente, sabe-se que o DM é uma doença metabólica que se divide basicamente em tipo 1 e 2, onde há a ausência na produção de insulina pelas células beta do pâncreas ou a diminuição da sensibilidade à insulina nos tecidos, o que culmina no comprometendo do metabolismo de gorduras, de proteínas e, sobretudo, de carboidratos. Logo, a não produção ou a insuficiência na produção da insulina tem como consequência o aumento no nível de glicose no sangue e, portanto, a hiperglicemia (COTRAN, KUMAR; ROBBINS, 1994).

O diabetes tipo 1 ocorre devido à destruição de células beta do pâncreas levando à carência total de insulina. Normalmente, inicia-se na infância ou na adolescência, e se apresenta com o quadro clássico intermitente de sintomas, tais como poliúria, polidipsia e alterações visuais. Alterações osmóticas devido à hiperglicemia severa e a grande produção de corpos cetônicos desencadeiam um desequilíbrio no metabolismo ácido-básico e hidroeletrolítico ocasionando risco de vida a esses pacientes. O diagnóstico se dá principalmente a partir da avaliação das alterações da glicemia, podendo ser dosado o peptídeo-C - que estará baixo - caso haja dúvidas (SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2011).

No DM tipo 2, a resistência tecidual à ação da insulina, sobretudo dos tecidos periféricos, o aumento da produção de glicose pelo fígado, a disfunção das incretinas, o aumento da lipólise, o aumento da reabsorção de glicose nos rins e a deficiência na produção e na secreção de insulina pelas células beta do pâncreas ocorrem concomitantemente a hiperglicemia (DEFRONZO, 2004, 2009).

Os principais instrumentos a serem utilizados, que são os mesmos para o diagnóstico, são a medição da glicemia em jejum, da glicemia de 2 horas pós-

sobrecarga – que é a menos utilizada, porém a que mais diagnostica - ou da hemoglobina glicada (HbA1c) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

O tratamento da doença, com exceção do tipo 1, se dá basicamente com uma mudança no estilo de vida associado a uma dieta rigorosa e atividades físicas regulares. O uso de medicamentos se dá quando essas atitudes não resultam em uma efetiva redução da glicemia sérica. Em especial, a modificação da dieta impacta notadamente na redução da hemoglobina glicada (HbA1c) em ambos os tipos de diabetes em um intervalo de 3 a 6 meses de acompanhamento com profissional especialista (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Santos e colaboradores 2013, mostraram que a Associação Americana de Educadores em Diabetes (American Association of Diabetes Educators, AADE) descreve uma construção de comportamentos saudáveis centralizada na conscientização do paciente acerca da importância de um planejamento alimentar balanceado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Uma revisão narrativa de artigos brasileiros acerca do diabetes tipo 2 demonstrou que estudos epidemiológicos brasileiros apontaram que nas últimas três décadas houve uma variação de 2% a 13% de pessoas com a doença. Além disso, outras pesquisas presentes na revisão apontaram a idade (> 60 anos), o sobrepeso/obesidade e o sedentarismo como os principais fatores de risco; a maior prevalência da doença em mulheres em todas as regiões brasileiras justificado pelo fato de elas se preocuparem mais com a saúde e, portanto, procurarem mais assistência e terem maior autocuidado; os analfabetos e pessoas com baixo grau de escolaridade como os que mais são acometidos pelo diabetes ratificando a ideia de que conhecer o nível de escolaridade dos pacientes contribui na construção de um plano estratégico de cuidados (PETERMANN *et al*, 2015).

Costa e colaboradores (2017) demonstraram em *Estudo de Carga Global de Doença*, com ênfase em Diabetes tipo 2, no Brasil, que a Região Nordeste se destacou devido ao fato de que sua população diabética perde mais anos de vida saudáveis por morte prematura quando comparado com problemas de saúde ou incapacidade. Além disso, o trabalho destaca que o provável aumento da parcela de mortalidade no DM tipo 2, no Brasil, seja causado pela baixa taxa de diagnóstico precoce em virtude da complexidade para o acesso ao serviço de saúde, os obstáculos para a obtenção de tratamento continuado, a baixa educação em saúde

tanto da população doente quanto dos profissionais da área e a questão da adesão ao tratamento.

Por isso, esclarecer as dúvidas dos pacientes tanto sobre o DM quanto sobre a maneira correta de tomar as medicações e usar as seringas de insulina, associado a medidas educacionais que informem sobre a doença e seus possíveis agravos, certamente, garantem uma melhor adesão dos diabéticos ao tratamento continuado (JAPIASSÚ *et al*, 2015). Além disso, o modelo organizacional de saúde no Brasil, que se divide em três níveis de atenção (atenção primária/básica, secundária e terciária), atinge um melhor monitoramento e acompanhamento continuado dos pacientes com diabetes através das ações de Atenção Primária à Saúde (APS) e possibilita que a equipe de saúde possa auxiliar os pacientes na busca de soluções, em outros níveis, que contribuam na diminuição dos seus problemas de saúde em conjunto com líderes comunitários locais e familiares (PETERMANN *et al*, 2015).

Para o planejamento contínuo e dinâmico e para a avaliação de Ações de Saúde, destaca-se o Ciclo PDCA. Criado por Walter A. Shewhart na década de 30 e afamada pelo estatístico e consultor estadunidense Edwards Deming no início da década de 50, esta metodologia - também conhecida como Ciclo de Shewhart, Ciclo da Qualidade ou Ciclo de Deming - é bastante aplicada nos sistemas de gerenciamento com o intuito de obter melhorias em processos de qualquer natureza, e tem como um dos seus principais objetivos garantir o alcance das metas necessárias para o crescimento e a sobrevivência das organizações (QUINQUIOLO, 2002).

6 METODOLOGIA

Para avaliar os motivos pelos quais há baixa adesão, criar estratégias e metas para melhorar esse problema e comparar os resultados com as metas propostas pela equipe será utilizado o método conhecido como Ciclo PDCA (do inglês: PLAN - DO - CHECK - ACTION). Essa metodologia propõe-se, basicamente, a auxiliar no diagnóstico, análise e prognóstico de problemas organizacionais, além de ser bastante útil para a solução de problemas. Trata-se de um instrumento que foca na melhoria contínua das ações em saúde, pois busca o aperfeiçoamento a partir de ações sistemáticas e a obtenção, portanto, de melhores resultados (QUINQUIOLO, 2002).

Nessa intervenção foram realizadas as quatro fases do Ciclo do PDCA

a. PLANEJAR

Primeira Fase –“P” do inglês *Plan* (Planejar): Fase caracterizada pela instituição de um plano de ações que consiste em definir a meta a ser atingida, planejando definições claras de objetivos, estratégias e ações;

b. DESENVOLVER

Segunda Fase –“D” do inglês *Do* (Fazer): Fase caracterizada pela execução do que foi planejado e se divide em duas etapas:

Etapa 1: Capacitar os componentes do grupo para que a efetuação do que foi planejado possa ocorrer;

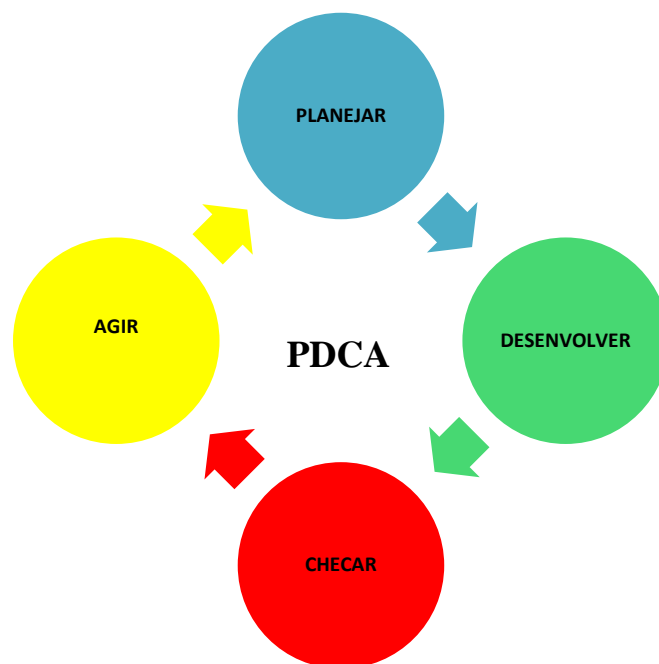
Etapa 2: Executar o que foi planejado.

c. CHECAR

Terceira Fase –“C” do inglês *Check* (Checar): Fase caracterizada pela verificação dos dados obtidos na execução com o que foi previamente estabelecido no plano de ação. Caso haja desigualdade entre o idealmente planejado e o resultado real alcançado é importante reavaliar a estratégia com o objetivo de resolver essa diferença. Além disso, a análise dos dados do processo dará subsídios para a próxima etapa.

d. AGIR

Quarta Fase – “A” do inglês *Action* (Ação): Fase caracterizada pela correção dos problemas evidenciados nos dados obtidos que são discrepantes com o planejado com o objetivo de que haja repetição do problema. Nessa fase busca-se a melhoria contínua objetivando o padrão ideal. Talvez seja necessária nova capacitação dos integrantes do projeto.



FONTE: CRIAÇÃO DO AUTOR

I. PLANO DE AÇÃO

Primeira Fase - PLANEJAR

O objetivo do presente plano de ação é capacitar as equipes de ESF da UBS J LIMA e investigar os principais problemas que justificam a baixa aderência dos pacientes diabéticos ao tratamento. Além disso, realizar o acompanhamento contínuo da enfermidade na unidade de saúde.

Inicialmente, por meio de 2 reuniões de equipe realizadas no mês de abril de 2018, foi feita, com o auxílio dos ACS, a leitura dos prontuários para registrar quais

os pacientes que não estiveram na UBS nos últimos 6 meses para consulta médica ou para renovar a receita das medicações (Tabela 1). Vale ressaltar que a receita médica, para a dispensação das drogas utilizadas no tratamento de DM nas farmácias credenciadas ao Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” do Governo Federal, tem validade de 6 meses. Além disso, foi colocado como meta trazer à UBS pelo menos 50% dos pacientes não aderentes ou que abandonaram o tratamento.

Tabela 1 – Pacientes que aderiram e não aderiram ao tratamento distribuídos nas equipes da UBS JLIMA

EQUIPES	1	2
ADESÃO	42	29
NÃO ADESÃO	11	13
TOTAL	53	42

FONTE: CRIAÇÃO DO AUTOR

A partir disso, criou-se a estratégia de busca – que pode ser vista na Tabela 2 - por esses enfermos na tentativa de entender o motivo do abandono ou da não adesão ao tratamento e persuadi-los para que retornassem ao acompanhamento contínuo com o médico na unidade de saúde.

Tabela 2 – Estratégia de busca

FASES	DESCRIÇÃO
1	Criou-se uma tabela com os nomes dos pacientes que não compareceram na UBS nos últimos 6 meses para renovar a receita de medicações para diabetes, com o número do cartão do SUS, o endereço e o nome do ACS que faz a cobertura da área a qual ele reside.
2	Colocaram-se separadamente os prontuários desses pacientes em uma pasta com a tabela anexada na capa interna.
3	Determinou-se um prazo de 1 mês para a busca desses pacientes pelos ACS.
4	Priorizaram-se vagas para os pacientes encontrados, nos dias de atendimento de HIPERDIA na UBS com o intuito de evitar desistência

	ou nova perda de contato.
--	---------------------------

FONTE: CRIAÇÃO DO AUTOR

Segunda fase – DESENVOLVER

Com o intuito de enriquecer os argumentos dos ACS e dos outros profissionais da saúde da unidade de saúde, foi criado um plano de capacitação sobre o DM. Os dois médicos e as duas enfermeiras da UBS palestraram acerca de temas importantes sobre a doença e a importância de adesão ao tratamento do Diabetes. A capacitação teve duração de 2 dias e foi feita no próprio auditório da UBS. Utilizou-se o “DATASHOW” para a apresentação dos *slides* onde foram abordados os assuntos citados na Tabela 3.

Tabela 3 – Assuntos da capacitação para profissionais de saúde da UBS J LIMA

DIAS	ASSUNTO
1	<ul style="list-style-type: none"> • O que é o Diabetes Mellitus? • Como nós podemos auxiliar o paciente no tratamento da doença? • A Importância do uso das medicações prescritas. • A importância da mudança no estilo de vida.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Roda de Discussão para sanar dúvidas e ouvir experiências

As ACS iniciaram a busca dos pacientes que não aderiram ou que abandonaram o tratamento indo diretamente nas casas ou telefonando. Devido ao fato de que alguns pacientes não foram encontrados em casa, além de uma baixa cobertura das empresas de telefonia e da falta de atualização dos dados telefônicos pelos pacientes na unidade, apenas 14 pacientes dos 24 que foram classificados como ‘NÃO ADERENTES’ foram localizados e convidados a comparecer à recepção da UBS para a marcação de consulta com o médico. Além disso, eles foram convidados a participar de palestras ministradas pelos médicos da unidade que abordaram temas acerca da DM (Tabela 4).

Tabela 4 – Palestras ministradas para os pacientes não aderentes localizados na UBS JLIMA

DATA	TÍTULO	TEMPO
20/06/2018	“O que é diabetes?”	40 minutos
	Roda de conversa	20 minutos
26/06/2018	“Como usar as medicações para o tratamento do Diabetes Mellitus e o porquê de se usá-las!”	40 minutos
	Roda de conversa	20 minutos
11/07/2018	“Complicações do Diabetes”	40 minutos
	Roda de conversa	20 minutos

Terceira fase – CHECAR

Ao avaliar os dados obtidos, em reunião realizada após a última palestra, concluímos que a meta foi atingida e que o planejamento foi executado de forma objetiva. Cerca de 58,3% dos pacientes que abandonaram ou não aderido ao tratamento para DM foram localizados e participaram das atividades propostas. Nas “Rodas de conversa”, foi possível conhecer o grau de entendimento dos ouvintes sobre os temas abordados e avaliar se a estratégia utilizada está adequada ao público alvo.

Os principais fatores relatados pelos pacientes que justificam o abandono do tratamento ou a baixa adesão foram:

- A dificuldade para buscar a medicação na unidade de saúde, já que grande parte dos pacientes diabéticos são idosos desassistidos pela família e têm algum tipo de limitação.
- O desentendimento acerca da ordem de ingestão dos medicamentos e os horários de uso. Além disso, devido à alta taxa de analfabetismo entre os pacientes e o fato de serem polifarmácia, muitos relataram dificuldade para reconhecer os medicamentos da diabetes pelo nome.
- O medo de viciar na medicação
- Devido ao fato dos agravos, normalmente, serem tardios, muitos pacientes relataram que estavam assintomáticos e, por isso, achavam não precisar mais da medicação

Além disso, esse momento foi importante para que os profissionais fossem avaliados e criticados pelos pacientes, criando dados para a mudança dos planos de ação e adequação das estratégias.

Quarta fase – AGIR

Esta fase será de construção contínua e as adequações e mudanças de estratégias serão feitas ao longo do tempo. Porém, foram pontuadas pelos profissionais, em reunião de equipe após a última palestra com pacientes, algumas dificuldades ao longo da programação e propostas algumas mudanças, tais como:

- **1º - Atualização dos dados de todos os pacientes adscritos na área de cobertura da UBS JLIMA:**
Decidiu-se em reunião após a última palestra que os ACS's serão os responsáveis por atualizar a lista de telefone e endereço de cada paciente das suas áreas de cobertura.
- **2ª – Inclusão da Técnica da Farmácia no plano:**
Decidiu-se que será criada uma metodologia para que a técnica da farmácia possa, ao entregar os medicamentos, auxiliar os pacientes e os familiares, sobretudo os idosos, na correta utilização das medicações.

- **3º Criação de um meio de controle das receitas e da validade:**

Está em análise a construção de uma estratégia para o controle da validade das receitas dos pacientes diabéticos – 6 meses – de modo que eles sejam lembrados de marcar consulta para a renovação. Entende-se também a necessidade de facilitar a marcação de consulta por meio dos ACS.

7 ANÁLISE DE DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em avaliação dos dados obtidos após a aplicação do projeto de intervenção, concluímos que a meta proposta pela equipe na primeira fase do projeto foi atingida, pois 58,3% dos pacientes que abandonaram ou não aderiram ao tratamento para DM, ultrapassando os 50% fixados, foram localizados e participaram das atividades propostas.

Os argumentos mais relatados pelos pacientes que justificam a baixa adesão ou permitem o abandono do tratamento do diabetes referem-se ao baixo nível social e educacional dessa população. Esses corroboram com dados das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 que ratifica a importância de se conhecer o paciente em toda sua totalidade e que o grau de alfabetização do enfermo influencia na capacidade de gerenciamento, piorando os resultados do tratamento quando há um déficit na autogestão do paciente.

Além disso, uma revisão de literatura destaca que os analfabetos e pessoas com baixo grau de escolaridade são os mais acometidos pelo diabetes fortalecendo a ideia de que conhecer o nível de escolaridade dos pacientes contribui na construção de um plano estratégico de cuidados (PETERMANN *et al*, 2015).

Outro argumento relatado pelos pacientes que justifica a falta de adesão dos diabéticos ao tratamento é a dificuldade de acesso ao serviço de saúde, devido às limitações de saúde e do ambiente. É provável que o aumento da parcela de mortalidade no paciente com DM tipo 2 no Brasil seja em decorrência da baixa taxa de diagnóstico precoce em virtude da complexidade do acesso ao serviço de saúde (COSTA *et at*, 2017).

Ao longo da aplicação do projeto, os profissionais envolvidos pontuaram alguns fatores que podem dificultar o controle de novos abandonos, tais como a desatualização dos dados dos pacientes adscritos e a falta de participação do profissional técnico da farmácia na prevenção de novos abandonos.

Este projeto estará sempre em continua construção e novas adequações deverão ser feitas atendendo a demanda da população diabética da área de atuação da UBS J LIMA.

8 CRONOGRAMA

DATA	ATIVIDADE	TEMPO
18/04/2018	PARTE I: leitura dos prontuários e construção da meta a ser atingida com a intervenção.	60 MINUTOS
25/04/2018	PARTE II: leitura dos prontuários e construção da meta a ser atingida com a intervenção.	60 MINUTOS
09/05/2018	1º dia de capacitação dos profissionais de saúde da UBS J LIMA. ASSUNTOS: <ul style="list-style-type: none"> • O que é o Diabetes Mellitus? • Como nós podemos auxiliar o paciente no tratamento da doença? • A Importância do uso das medicações prescritas. • A importância da mudança no estilo de vida. 	105 MINUTOS COM INTERVALO DE 15 MINUTOS
23/05/2018	2º dia de capacitação dos profissionais de saúde da UBS J LIMA. ASSUNTOS: <ul style="list-style-type: none"> • Roda de Discussão para sanar dúvidas e ouvir experiências. 	90 MINUTOS
20/06/2018	Palestra com os pacientes e “Roda de conversa”. TEMA: “O que é diabetes?”	60 MINUTOS
26/06/2018	Palestra com os pacientes e “Roda de conversa”. TEMA: “Como usar as medicações para o tratamento do Diabetes Mellitus e o porquê de usá-las!”	60 MINUTOS
11/07/2018	Palestra com os pacientes e “Roda de conversa”. TEMA: “Complicações do Diabetes”. Reunião de equipe para a análise dos dados obtidos.	135 MINUTOS COM INTERVALO DE 15 MINUTOS

9 RECURSOS NECESSÁRIOS

Para a realização e aplicação do projeto de intervenção foi necessária a participação coletiva de todos os profissionais de saúde da UBS JLIMA. Dentre os recursos humanos utilizados, os ACS formaram o vínculo indubitavelmente importante entre o que foi proposto pelo projeto e a efetiva execução. Esses profissionais contribuíram na leitura dos prontuários, na organização das atividades, na busca dos pacientes e na avaliação dos resultados. Além deles, as enfermeiras e os médicos palestraram de forma objetiva e clara para os profissionais da unidade e para os pacientes.

Em relação aos recursos materiais, foram usadas pastas com elástico, canetas, grampos, grampeadores, computador e projetor. Todas as atividades foram realizadas no auditório da UBS JLIMA.

A fonte de financiamento foi a partir de recursos do autor do trabalho.

10 CONCLUSÃO

Este projeto de intervenção tem o intuito de melhorar a adesão ao tratamento de pessoas com DM, sobretudo a tipo 2, cadastradas nas equipes de Estratégia de Saúde da Família de São José de Ribamar – MA. Por meio de um estudo dos prontuários do diabéticos da UBS JLIMA, foi possível quantificar os pacientes que não aderiram ou que abandonaram o tratamento e, assim delinear uma estratégia para reverter o quadro. Concluimos que a dificuldade de acesso ao serviço de saúde, a alta taxa de analfabetismo e de desconhecimento dos agravos da doença são os principais argumentos que legitimam a baixa adesão ao tratamento.

As palestras e as rodas de conversa, feitas ao longo do estudo, nos permitiu ouvir nossos pacientes e conhecê-los na sua totalidade.

Em suma, esse projeto de intervenção estará sempre em continua construção e novas adequações deverão ser feitas atendendo a demanda da população diabética da área de atuação da UBS J LIMA.

REFERÊNCIAS

COSTA, A. F. et al. Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, 2017.

DEFRONZO, R.A. et al. International Textbook of Diabetes Mellitus. Wiley-Blackwell, v. 2, 4th Edition, 2015.

DEFRONZO, R.A. From the triumvirate to the ominous octet: a new paradigm for the treatment of type 2 diabetes mellitus. **Diabetes**, v.58, p. 773-95, 2009.

DEFRONZO, R. A. Pathogenesis of type 2 diabetes mellitus. **Medical Clinics of North America**, v.88, p. 787-835, 2004.

Datasus: Sistema de Informação de Atenção Básica. 2018b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 31 jun. 2018.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. Insulina, glucagon e diabetes mellitus. **Tratado de fisiologia médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 827-840, 2002.

IDF diabetes atlas update 2012. <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/> Update2012.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Diabetes Atlas.8th ed. Brussels: International Diabetes Federation.

PETERMANN, X. B. et al. Epidemiologia e cuidado à diabetes mellitus praticado na atenção primária à saúde: uma revisão narrativa. **Saúde (Santa Maria)**, p. 49-56, jun. 2015.

QUINQUIOLO, J. M. Avaliação da Eficácia de um Sistema de Gerenciamento para Melhorias Implantado na Área de Carroceria de uma Linha de Produção Automotiva. TaubatéSP: Universidade de Taubaté, 2002.

SANDERS, L. J. From Thebes to Toronto and the 21st Century: An Incredible Journey. **Diabetes Spectrum**, 2002.

SANTOS, R. D. et al. I Diretriz sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 100, p. 1-40, 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE(Org.). **Manual de orientação clínica: diabetes mellitus**. São Paulo: SES-SP, 2011.

SMELTZER, Suzanne C. et AL. Histórico e tratamento de pacientes com diabetes mellitus. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (São Paulo) (Org.). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Clannad, 2017.

ZIMMET P. et al. Global and societal implications of the diabetes epidemic. **Nature**,v.414 p.782-787, 2001.