

MANEJO DE AÇÕES EDUCATIVAS NO PROCESSO DE ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO MUNICÍPIO DE PARNAÍBA PIAUÍ

MANAGEMENT OF EDUCATIONAL ACTIONS IN THE ADHESION PROCESS FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2 IN THE CITY OF PARNAÍBA PIAUÍ

Prof. Orientadora Dra. Ione Maria Ribeiro Soares Lopes; Autor: João Anselmo Maia Ribeiro

RESUMO

De acordo com dados do DATASUS (2015) DM representou a primeira causa de morbimortalidade no País, com 61,85% do total de óbitos, segundo dados Capítulo do CID-10. A diabetes mellitus tipo 2 vem quase sempre associada com outras comorbidades como, hipertensão arterial sistêmica, obesidade e dislipidemia, essas em conjunto formam a síndrome metabólica o que abre uma problemática da polifarmácia, pois uma grande parte desses pacientes possuem um nível de escolaridade muito baixo ou até mesmo analfabetos. Esses motivos dificultam o entendimento do uso adequado dos medicamentos em conjunto com abordagem nutricional. Partindo desse princípio esse projeto teve o propósito de elaborar um plano de ação para adesão ao tratamento farmacológico para portadores DM. **Objetivos** de descrever o perfil dos pacientes com diabetes mellitus sem adesão ao tratamento, Rastrear pacientes analfabetos ou analfabetos funcionais e promover identificação de fácil compressão de medicamento, horário e dose indicada. **Metodologia:** levantamento dos problemas da comunidade assistida na UBS Pindorama do município de Parnaíba e revistas indexadas, Scielo, Bireme, PUB Med da área da saúde nos últimos 10 anos. **Conclusão:** O Perfil da comunidade adscrita da UBS Pindorama se destaca pela população idosa portadoras Diabetes Mellitus sem adesão medicamentosa. Um Plano de Rastreamento dos analfabetismo permitiu uma comunicação efetiva minimizando impacto nos erros de dose e identificação do medicamento prescrito para o controle do diabetes. Por meio dessa intervenção espera-se uma maior conscientização dos pacientes portadores de DM2, com referência ao tratamento, tanto farmacológico quanto dietético.

Palavras chave: Diabetes Mellitus, adesão ao tratamento de diabetes mellitus tipo 2, ações educativas para portadores de diabetes.

ABSTRAT

According to data from DATASUS (2015) DM represented the leading cause of morbidity and mortality in the country, with 61.85% of total deaths, according to ICD-10 Chapter data. Type 2 diabetes mellitus is almost always associated with other comorbidities such as systemic arterial hypertension, obesity and dyslipidemia. These together form the metabolic syndrome, which opens up a problem of polypharmacy, since a large proportion of these patients have a very low level of education. or even illiterate. These reasons make it difficult to understand the proper use of medicines in conjunction with a nutritional approach. Based on this principle, this project aimed to develop an action plan for adherence to pharmacological treatment for DM patients. **Objectives** to describe the profile of patients with diabetes mellitus without treatment adherence, Track illiterate or functional illiterate patients and promote identification of easily compressed medication, time and dose indicated. **Methodology:** Survey of assisted community problems in the UBS Pindorama of the municipality of Parnaíba and indexed journals, Scielo, Bireme, PUB Med in the health area in the last 10 years. **Conclusion:** The profile of the community registered at UBS Pindorama stands out for the elderly population with diabetes mellitus without medication adherence. An Illiteracy Tracking Plan enabled effective communication by minimizing impact on dose errors and identifying the drug prescribed for diabetes control. Through this intervention, it is expected a greater awareness of patients with T2DM, regarding the treatment, both pharmacological and dietary.

Key words: Diabetes Mellitus, adherence to type 2 diabetes mellitus treatment, educational actions for patients with diabetes.

Introdução

Descrita como doença endócrina a diabetes mellitus (DM) é considerada uma Doença Crônica não Transmissível (DCNT) possuindo características multifatoriais, tendo como principal desordem a hiperglicemia progressiva e sustentada. Em 2014 a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), relata que essa enfermidade acometeu cerca de 387 milhões de pessoas no mundo, com projeção para o ano de 2040 de 642 milhões de pessoas (OTÁVIO; DAMASCENO; LEMOS, 2014; COSTA, et al., 2016; MAIA; COSTA; SILVA, 2017).

Entre os países com maior número de pessoas portadoras de DM, o Brasil ocupa a quarta posição, com uma representatividade aproximada de 14,3 milhões, ficando a baixo das estatísticas de países da China, Índia e dos Estados Unidos (ZIMMET; ALBERTI; 2016). A prevalência em adultos maiores de 18 anos no Brasil em 2011, de diabetes mellitus residentes nas capitais representou uma porcentagem de 6,3% dos brasileiros que referiam conviver com a doença, cujos fatores associados representam uma maior incidência com o avanço da idade, do sobrepeso e obesidade (MALTA; STOPA; SZWARCOWALD, 2013).

De acordo com dados do DATASUS (2015) a DM representou a primeira causa de morbimortalidade no país, com 61,85% dos óbitos. Schmidt et al., (2011) relatam uma redução na taxa de mortalidade de DCNT nas últimas décadas, essencialmente em portadores de doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas. Avanços esses alcançados por meio de implementação de políticas de saúde primária que levaram o indivíduo a mudança no estilo de vida, como por exemplo a redução do tabagismo. No entanto, a taxa de mortalidade por diabetes tem se mantido persistente ao longo dos anos.

Portanto a enfermidade crônica DM torna-se uma problemática de saúde na atenção básica. Evidências médicas comprovam que um adequado manejo das complicações para estratégia de saúde família (ESF) reduz gastos com hospitalização e mortalidade por comprometimento cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE et al., 2009).

Medidas preventivas para implementar metas de um bom controle do DM2 pode ser alcançada desde uma dieta mais saudável, bem como prática de exercícios físicos, monitorização da glicemia até o uso contínuo de hipoglicemiantes (FARIA, et al., 2014;

FIGUEIRA, et al., 2017). Para efetividade dessas ações e seu desenvolvimento efetivo a atenção básica deve atuar enfaticamente como coordenadora do cuidador ao portador de diabetes e como porta de entrada dos serviços do sistema único de saúde. (FERTONANI, et al., 2015; GONÇALVES; CRUZ; OLIVEIRA, 2014).

Na unidade básica de saúde Pindorama, situada no município de Parnaíba Piauí, em rotinas de avaliação dos pacientes portadores de diabetes Mellitus, foi observado um descontrole de níveis pressóricos e glicêmicos em pacientes, mesmo tendo sido realizado as prescrições hipoglicemiantes em doses e associações corretas e com um acompanhamento relativamente adequado. Foram detectados durante as consultas de rotina que muitos pacientes com diagnóstico prévio de diabetes mellitus tipo 2, estão evoluindo com agravos provenientes da doença.

Através do controle diário da glicemia capilar foi constatado que os pacientes têm um nível glicêmico muito oscilante, mesmo com a utilização de fármacos receitados previamente, motivo esse que despertou um profundo interesse de investigar as causas a cerca dessa problemática. Através dos dados obtidos e a importância de melhorar o manejo desses pacientes.

Objetivo Geral

Implantar um Plano de intervenção para uma adequada adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus no município de Parnaíba Piauí

Objetivos Específicos

1. Descrever o perfil dos pacientes com diabetes mellitus sem adesão ao tratamento;
2. Realizar busca ativa de pacientes faltosos, para periodicidade de exames de rotina;
3. Realizar palestras educativas para pacientes e equipes de saúde de forma individualizada;
4. Rastrear pacientes analfabetos ou analfabetos funcionais para uma adequada comunicação entre médico, paciente e tratamento proposto;

5. Promover instruções aos portadores de diabetes mellitus, com a identificação do medicamento, dose e horário, individualizados por cores e em porta-comprimidos.

Revisão da Literatura

Municípios de Parnaíba

Parnaíba É um município brasileiro situado no extremo Norte do Estado do Piauí. É banhada pelo Rio Igarapé, (1º braço do Delta do Parnaíba) e pelo Oceano Atlântico. Dista 339Km da capital, Teresina e possui uma Área total: 436KM², fazendo limites ao norte com oceano atlântico, ao sul com o município Buriti dos Lopes, ao leste com o município de Luís Correia e ao leste com Ilha Grande. Sua vegetação de igarapés e mangues nas margens dos rios, caatinga litorânea e mata dos cocais (IBGE), sua média pluviométrica anual entre 1000 e 1600 de acordo com Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE). (PREFEITURA DE PARNAÍBA, 2017a)

A história do município de Parnaíba se inicia pela presença de um delta em mar aberto, foi o principal atrativo para que navegadores, fizessem incursões e explorassem a região. (PREFEITURA DE PARNAÍBA, 2017b)

Entre os anos de 1571 e 1614, uma série de excursões chegaram a região, originadas pelas notícias da imponência do rio que cortava a região. Parnaíba se tornou ao longo de sua história a maior bacia leiteira do estado do Piauí. (PREFEITURA DE PARNAÍBA, 2017b)

O maior crescimento da cidade ocorreu de 1697 (época de fundação da cidade) a 1940. Neste período o Porto das Barcas era uma zona de efervescência comercial. (PREFEITURA DE PARNAÍBA, 2017b)

A partir de 1950 até hoje a população quase quadruplicou mas, já no final do século XX, observa-se a decadência da cidade no período pós guerra em virtude da desvalorização dos produtos que eram exportados, gerando falências e migrações para a capital Teresina e Sudeste do Brasil. (PREFEITURA DE PARNAÍBA, 2017b)

A partir da virada do século Parnaíba começou uma reação econômica, o PIB cresceu consideravelmente, novos negócios e oportunidades começaram a aparecer, especialmente no setor de serviços. Foram realizadas obras estruturantes como rede de saneamento básico, construção de postos de saúde, escolas e usinas eólicas na Praia da Pedra do Sal com geração de energia limpa. No setor privado os investimentos aumentaram, a cidade ganhou redes de supermercados, franquias nacionais e internacionais. (PREFEITURA DE PARNAÍBA, 2017b)

Em 2009, Parnaíba foi considerada a cidade mais ativa do estado, a 5º da região Nordeste e a 32º do Brasil. A segunda cidade do Estado do Piauí, destaca-se pela bela paisagem, marcada pelos carnaubais e litoral, além da atividade comercial e industrial, que serve de apoio ao turista visitante do Delta do Parnaíba, um dos 65 destinos indutores do turismo no Brasil. (PREFEITURA DE PARNAÍBA, 2017b)

Características demográficas e socioeconômicas de Parnaíba:

- População estimada: 152.653 habitantes (IBGE/2018);

- Densidade demográfica: 334,51 hab/km² (IBGE 2010);
- IDHM: 0,687 (IBGE 2010);
- PIB per capita: 12.787,32 \$R (IBGE 2016);
- Taxa de alfabetização: 97,5% - pessoas com mais de 15 anos que sabem ler e escrever (Fonte: IBGE 2010).

Trabalho e Rendimento

No ano de 2017, a renda média da população era de 1.7 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 14.8%. Na comparação com os outros municípios do Estado, ocupava as posições 92 de 224 e 8 de 224, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 3.607 de 5.570 e 2.180 de 5.570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 45.1% (IBGE, 2017).

Situação Saúde

A cidade conta com um hospital municipal que recebe o nome por populares de SAMU, no mesmo se oferece um serviço de urgência e emergência de baixa complexibilidade. O município também conta com os serviços do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde, mais conhecido por suas iniciais, HEDA. A nível de atenção básica, o município conta com 36 UBS, dos quais funcionam 45 módulos de saúde. (PREFEITURA DE PARNAÍBA, 2017a)

Atendimento especializado

De acordo com a prefeitura municipal de Parnaíba (2017) existem:

- Centro de especialidades em saúde – CES;
- Centro de especialidades odontológicas – CEO;
- Centro de testagens e aconselhamento – CTA;

- Centro de atenção psicossocial – CAPS;
Centro de atenção psicossocial álcool e drogas - CAPS ad 24 horas

Unidades de Saúde Pindorama

De acordo com a Prefeitura municipal de Parnaíba (2017a) este é um estabelecimento de saúde tipo Centro de Saúde, Unidade Básica que executa serviços de saúde localizada na Rua Passajarina S/N, no Bairro Pindorama da cidade Parnaíba - PI.

A unidade básica de saúde pindorama a qual funciona dois módulos, sendo o módulo 34 no período da manhã e o módulo 28 no período da tarde. Possui uma equipe de saúde formada por um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, um cirurgião dentista e um técnico em saúde bucal. Tem também um atendente de regulação, seis ACS e ainda conta com o auxílio da equipe do NASF para as duas equipes. (PREFEITURA DE PARNAÍBA, 2017a)

A unidade de saúde foi inaugurada no ano de 2012 e, conta com sala de esterilização, consultório médico e odontológico, salas de procedimento cirúrgico, imunização, administração, auditório, almoxarifado, banheiros para funcionários e pacientes e copa, que dá suporte para a atenção básica de saúde. (PREFEITURA DE PARNAÍBA, 2017a)

Diabetes no contexto atual

Diabetes mellitus (DM) é vista como um problema de saúde pública, uma das quatro patologias crônicas não transmissíveis prioritárias para ações em saúde. (WORLD, 2016; MALTA, 2014) Essa enfermidade é caracterizada por um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta, em comum, a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação e/ou secreção de insulina. (BRASIL,2016)

O número de pacientes portadores do diabetes tem aumentado pelo motivo da constante exposição aos fatores de riscos, como sedentarismo, obesidade, concomitante ao crescimento e envelhecimento populacional. Esse fato também pode estar relacionado com o aumento da expectativa de vida dos pacientes com diabetes mellitus, no qual houve um acréscimo de 19,9% com relação a indivíduos que apresentam a doença na faixa etária entre 65 a 74 anos (CAVARARO et al., 2014).

Existem três principais tipos de diabetes: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 e diabetes gestacional. O DM 1 é o mais prevalente em crianças e jovens e ocorre de maneira rápida com poucos avisos prévios devido a destruição das células betas pancreáticas pelo sistema imunológico que deixam de produzir os hormônios insulínicos. O diabetes mellitus

gestacional (DMG) ocorre por modificações metabólicas na gestação e é motivada pelo aumento dos hormônios contrarreguladores da insulina, como destaque para lactogênico placentário, prolactina e progesterona (MASSUCATTI et al., 2012; PADILHA, et al., 2017).

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é caracterizado por uma resistência insulínica frente às células do organismo, ou até mesmo por diminuição da produção da insulina, abrange de 90 a 95% dos indivíduos com DM (TESTON, et al., 2017). O DM2 é mais prevalente em idosos, motivo esse que pode ser explicado devido as modificações fisiológicas desencadeadas pelo envelhecimento, causa diversas modificações nos sistemas estruturais do organismo humano, como alterações cognitivas, metabólico e imunológico. Outros fatores determinantes, ocorrem devido a diminuição do trofismo muscular que impossibilita a realização de atividades físicas de maneira satisfatória, delimitando o idoso em realizar atividades regulares, o que determina a diminuição da efetividade do tratamento e controle da doença (MEDEIROS, et al., 2014; CAMPOLINA, et al., 2011).

A DM2 quando não tratado adequadamente, desencadeia diversas complicações, sendo as mais prevalentes ocasionadas pelo mau controle da glicemia e são alterações microvasculares como retinopatia, nefropatia e neuropatia periférica. Essas patologias podem provocar danos irreversíveis, com elevado impacto econômico ao portador e sua família (COSTA, et al., 2017; SILVA, et al 2017). Se estima a nível mundial que os gastos anuais para tratar DM se aproxima dos 153 milhões de dólares, podendo chegar a 396 milhões em 2.025 (ZANGULO, et al.,2017).

A prevenção e controle do DM2 se inicia desde uma alimentação adequada, prática de exercícios físicos, monitorização da glicemia até o uso adequado de hipoglicemiantes, que deve ser ofertado quando se torna ineficazes as demais medidas de prevenção e controle. Dessa forma, a adesão terapêutica é fundamental para melhoria dos níveis glicêmicos e manutenção fisiológica, cobrando do portador compromisso e fidelidade a essas medidas (FARIA, et al., 2014; FIGUEIRA, et al., 2017).

Investigações acerca do diabetes mellitus em se tratando de complicações tanto agudas como crônicas e sua intimidade com o tempo de diagnóstico. Ao que se refere a complicações agudas se destaca a hipoglicemia, níveis hiperglicêmicos hiperosmolar e a cetoacidose diabética. Em se tratando das crônicas nos deparamos com a retinopatia,

nefropatia, cardiopatia isquêmica, neuropatias, doença cerebrovascular e vascular periférica. Agravantes como infarto agudo do miocárdio, a arteriopatia periférica, o acidente vascular cerebral e a microangiopatia são as mais degenerativas e incidentes (GINTER, SIMKO, 2012; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013)

As opções de tratamento farmacológicos do DM2 devem ser realizadas de acordo com a evolução da doença, que muda a cada momento, sendo de acordo com as necessidades do paciente e mecanismos de ação dos fármacos, reações adversas, acesso aos medicamentos e características peculiares do usuário. Entretanto, a baixa adesão ao tratamento farmacológico pelos pacientes com DM2 é uma das principais dificuldades para a eficácia terapêutica. (BRASIL, 2016; EUA, 2016; MS, 2016)

Em relação a pesquisas relacionadas a adesão ao tratamento farmacológico do DM2, com o público usuário da Atenção Básica à Saúde (APS) há uma falta de publicações dentro deste cenário. (OLIVEIRA; FRANCO, JOEL, 2018)

Diabetes e adesão ao Tratamento

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), propor à paciente adesão ao tratamento farmacológico representa em essencial inserir nesse cenário mudança de comportamento e estilo de vida. No entanto a não adesão a essas propostas podem se tornar uma causa agravante de complicações, refletindo um aumento significativo da morbimortalidade, com piora na qualidade e envelhecimento saudável, assim como procura de serviços de saúde e custos excessivas passíveis de prevenção. (OWH, 2003)

De acordo com a OMS, a não adesão ao tratamento sofre influencias de fatores socioeconômicos, fatores relacionados ao paciente como sexo, idade, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico. Outra vertente se demonstra em relação à doença como a cronicidade, a ausência de sintomas, baixo nível de percepção da seriedade do problema e experiência com a doença no contexto familiar; fatores relacionados ao tratamento como custos, efeitos indesejáveis, ineficácia de tratamentos, esquemas terapêuticos complexos e tempo de espera no atendimento médico, como também os fatores relacionados ao sistema e equipe de saúde, relação médico-paciente e o equilíbrio desta relação interpessoal (OMS, 2003).

Solbiati, et al., (2018) referem que o paciente deve ser o principal interessado no controle de sua patologia e por isso a importância de conhecer tudo a respeito da diabetes com todas suas particularidades, para que dessa forma tenha uma maior adesão ao tratamento, e compreenda que tanto o excesso de medicação como sua falta ponderá trazer prejuízos para sua saúde, pois são fatores bastantes comuns entre os pacientes portadores de DM, a dificuldade com o manejo farmacológico como também seguir regras nutricionais.

Borba et al. (2013) assinalam influencias que dificultam a adesão ao tratamento farmacológico e consecutivamente ao um bom controle glicêmico, descritas como: a complexidade do regime e comunicação terapêutica, a duração do tratamento, mesmo quando o medicamento é disponibilizado gratuitamente. Assinala também as condições de deficiência cognitiva e visual, muito comum na terceira idade, como entrave para que o paciente reconheça e identifique corretamente o medicamento e as doses em uso. Além disso, a senilidade traz consigo déficit de memória ou até mesmo quadros patológicos de demência.

Souza et al. (2012) aponta que o programa Hiperdia ainda está atuando abaixo do necessário. Já Oliveira et al. (2013) colocam em ênfase a importância da avaliação do perfil dos pacientes no momento em que se almeja identificar motivos de não adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

A adesão é de grande importância ao tratamento e se baseia em um processo dinâmico, multideterminado e de corresponsabilidade, onde o paciente entende e concorda com plano de cuidado (SALGADO; MARQUES; GERALDES, *et al.*, (2013). Contudo, trata-se de um fenômeno complicado, uma vez que o tratamento não se delimita à terapia farmacológica e as orientações dos profissionais de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) elegeu cinco dimensões que interferem na adesão do paciente ao tratamento considerando a multidimensionalidade do processo: fatores relacionados ao paciente, ao tratamento, socioeconômicos, relacionados aos sistemas de saúde e a doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003.)

Além de seus benefícios positivos ao pacientes com doenças crônicas, maiores taxas de adesão proporcionam benefícios econômicos relacionados a menor busca do serviços de saúde, em função da exacerbação e/ou complicação de patologias, o que pode ser atribuído a adequados desfechos clínicos e à manutenção da qualidade de vida do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013)

O processo de educar em saúde deve estar incumbido na cultura de despertar a adesão ao tratamento tanto farmacológico como não farmacológico, nesse sentido o processo de aprendendo a aprender tem sido de extrema validade na implementação de ações transformadoras do cenário de doenças crônicas, devendo-se os profissionais desenvolver competências e linguagens transculturais, sociais, interpessoais considerando necessidades psicoemocionais de pacientes portadores de diabetes. (PERES; SANTOS; ZANETTI ML, 2007)

O processo de educação em saúde deve levar em consideração a realidade de vida que o paciente esteja inserido, permeando condições e considerações no que diz respeito ao que podem, sabem e desejam saber permitindo a participação ativa na coordenação e gerenciamento das propostas de tratamento. Para viabilizar esse cenário educativo com eficiência, conhecer crenças, sentimentos, pensamentos e comportamentos, bem como a forma que os membros da família interagem entre si torna-se o principal condutor de transformações. Só assim será possível estabelecer estratégias de intervenção que possibilitem a adesão, com diminuição da sobrecarga dos sistemas de saúde e à economia dos países, ressaltando a conquista da qualidade de vida do paciente portador de diabetes. (PERES; SANTOS; ZANETTI, 2007).

Desenvolvimento

Metodologia

Para a realização deste projeto de intervenção realizamos uma busca dos problemas que mais representavam danos a qualidade de vida dos pacientes e nos deparamos com o Diabetes mellitus que se apresentava com maior prevalência de agravos e complicações.

Para a fundamentação teórica foi realizada uma revisão de literatura especializada dos últimos cinco anos, on-line e disponíveis nas bases de dados: SciELO (Scientific Eletronic Library Online), Pubmed, Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), IBGE, DATASUS, Prefeitura e Secretaria de Saúde do município.

Identificação, explicação e análise do problema

O desenvolvimento desse trabalho se originou devido ao grande número de pacientes diagnosticados com diabetes tipo 2 no município de Parnaíba. Através dos dados obtidos pela gerencia dos postos de saúde, repassados por ACS, em toda a micro

áreas que é coberta, existem cerca de 1.295 pacientes portadores de DMT2 (dados foram obtidos no período de 01 a 30/06/19), sendo que muitos desses pacientes são portadores também de HAS associada, o que desenvolve a problemática da polifarmácia, que dificulta ainda mais o manejo desses pacientes.

O módulo de saúde 34, no qual faço parte como médico da unidade, possui 100 % de suas micros áreas cobertas por ACS, com um total de 6 micro áreas, que cobrem uma população de 2.732 habitantes, sendo que 146 desses são portadores DMT2 já confirmados. A maioria desses pacientes são maiores de 45 anos com HAS associada, fazendo uso de mais de quatro fármacos diários com posologias variadas e muitos desses com uma nutrição inadequada para ambas patologias. Motivo esse que nos fez observar que embora esses pacientes sendo medicados e orientados corretamente, ainda assim se observa uma oscilação rotineira dos valores de glicemia, levando muitos desses pacientes a desenvolverem processos degenerativos, como: neuropatias, retinopatias, nefropatias, entre outras patologias. Esses motivos nos alerta para a negligência dos paciente e familiares perante o tratamento farmacológico e não farmacológico, como as orientações nutricionais específicas para esse público.

Diante desses fatos, faz-se necessário um trabalho de intervenção em conjunto com todos os profissionais que manejam essa problemática de saúde pública, buscando a reestruturação da atenção básica, tendo como principal foco a prevenção de agravos em portadores de DMT2.

Proposta de Intervenção (o que fazer para transformar a situação-problema)

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Analfabetismo	Determinar o nível de escolaridade da população adstrita	Promover educação em Saúde do diabético do micro área de acordo com nível de instrução de cada usuário no prazo de 60 dias	Promover rodas de conversas e atendimento individualizado, traçando Um perfil de comunicação efetiva entre equipe e paciente	Médico e equipe
Desinformação	Realizar palestra semanais, para a orientação do público alvo e equipe	Promover mudança no estilo de vida no período de 6 meses á 1 ano	Acordar os objetivos com o usuário afim de alcançar metas estabelecidas	Médico, e equipe
Poli farmácia e erros de doses terapêuticas	Prescrição simplificada	Promover conhecimentos em uma linguagem de fácil compreensão sobre interações medicamentosas, doses e horários dos medicamentos de DM no prazo de 60 dias	Implementar prescrições com utilização de cores e armazenamento adequado bem como identificação da dose e horários dos medicamentos	Médico e equipe
Falhas na corresponsabilidade	Realizar cursos de reciclagem com a equipe ressaltando a importância do vínculo	Promover parcerias entre equipe, médico e pacientes no período de 60 dias	Promover ações de fortalecimento de vínculo e comprometimento mútuo entre equipe e paciente	Médico e equipe

Proposta de avaliação das ações planejadas

As novas medidas de intervenções serão acompanhadas por uma equipe multidisciplinar, através de visitas periódicas pelo médico enfermeiros e nutricionistas com agendamentos previamente solicitados pela equipe de ACS e consultas periódicas, sendo ofertado um dia exclusivo a esse público para a realização de exames clínicos, laboratoriais entre outros de acordo com a necessidade de cada paciente.

Os indicadores a serem utilizados nesse trabalho de intervenção serão:

- Realização do controle com hemoglobina glicada que será realizada a cada 100 dias com valores de referência preconizados pelo ministério da saúde (abaixo de 7%.)
- Verificação da glicemia capilar que será realizada diariamente com valores de referência preconizados pelo ministério da saúde (inferior a 130 mg/Dl).
- Solicitação de glicemia de jejum que será realizada a cada 2 meses ou antes se necessário com valores de referência preconizados pelo ministério da saúde (inferior a 130 mg/Dl).
- Controle e contagem de comprimidos a serem tomados em um determinado período e verificação de eventuais sobras.
- Realização do perfil lipídico, com a periodicidade dependendo da situação de cada paciente, considerando os valores ótimos: colesterol <200, triglicérides <150 (ministério da saúde 2018)
- Verificação das medições antropométricas como altura, peso, porcentagem de gordura corporal e circunferência de cintura, utilizando-se instrumentos adequados, com base nos critérios da Organização Mundial da Saúde para sobrepeso e obesidade.
 - Avaliações das metas estabelecidas de acordo com a necessidade de cada paciente no período de 3 a 6 meses em parceria com a nutricionista do NASF

Conclusão

Com a implementação desse plano de ação espera-se uma maior conscientização dos pacientes portadores de DMT2, referência ao tratamento, tanto farmacológico quanto dietético, com expectativas de resultados positivos em curto prazo de tempo, devido os múltiplos planos de intervenções. Sei que poderá existir dificuldades pois lidaremos com pacientes e familiares de diferentes graus de escolaridades e classes sociais, porém as vantagens justificarão as dificuldades. Dependendo dos resultados alcançado com a implantação desse plano de manejos e ações sugestões à coordenação das unidades básicas de saúde para que nos demais módulos do município de Parnaíba.

O perfil do paciente diabético de minha área adscrita são idosos de classe econômica baixa, com baixo nível de instrução escolar o que dificulta a compreensão da importância do uso adequado do medicamento e doses indicadas para um adequado controle da glicemia. As palestras educativas promoveram além de conhecimentos, uma relação mútua de gratidão, onde os pacientes relataram se sentirem importante pra equipe dentro do contexto da atenção em saúde.

As Buscas ativas de pacientes faltosos, deixou de ser rotina e naturalmente o paciente passou a procurar os serviços de saúde de rotina do diabético, corroborando com novas sugestões de palestras referente as dúvidas e novos conhecimentos como uso de terapias alternativas de ervas medicinais.

Os pacientes analfabetos ou analfabetos funcionais apresentaram uma boa aceitação quanto a identificação do medicamento por cores e os horários nos medicamentos por doses identificadas nos recipientes sugeridos, refletindo uma melhora significativa no contexto de comunicação entre médico, paciente e tratamento proposto.

Referências Bibliográficas

ALFRADIQUE ME, BONOLO PDF, DOURADO I, et. al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). **Cad. Saúde Pública**. 2009; 25(6):1337-49

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES. **Diabetes Care**. 2013; 36(1 Supl):11-66.

BORBA, et al., Adesão à terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. 2013; 14(2):394-404. Disponível em: www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/.../pdf. Acesso em: MAIO de 2019

BRASIL. Sociedade Brasileira de Diabetes **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016**. Rio de Janeiro: A.C. Farmacêutica; 2016.

CAMPOLINA , AG; DINI , PS ; CICONELLI, RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6), 2919-2925.[Internet] Acesso em : 10 de jul ho de 2019. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600029

CAVARARO, Roberto et al. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas-Brasil, Grandes Regiões e Unidades da**

Federação, IBGE, 2014. Disponível em: < www.ibge.gov.br >; Acesso em: 27 de agosto de 2017.

COSTA, A., F.; FLOR, L., S.; CAMPOS, M., R.; OLIVEIRA, A., F.; COSTA, M., F., S.; SILVA, R., S.; LOBATO, L., C., DO P.; SCHARAMM, J., M., A. Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS.** [Acesso em 2019 jul. 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pobt10uf.def> 2015

EUA. American Diabetes Association. **Standards of medical care in diabetes 2016.** Washington: Diabetes Care; 2016.

FARIA, H., T., G.; SANTOS, M., A., DOS; ARRE-LIAS, C., C., A.; RODRIGUES, F., F., L.; GONELA, J., T.; TEIXEIRA, C., R., DE S.; ZANETTI, M., L. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 48, n. 2, p. 257-63, 2014.

FIGUEIRA, A., L., G.; VILLAS BOAS, L., C., G.; COELHO, A., C., M.; FREITAS, M., C., F.; PACE, A., E. Intervenções educativas para o conhecimento da doença, adesão ao tratamento e controle do diabetes mellitus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 2017.

FERTONANI HP, PIRES DEPD, BIFF D, et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. Saúde Colet.** 2015; 20:1869-78.
GINTER E, SIMKO V. Type 2 diabetes mellitus, pandemic in 21st century. **Adv Exp Med Biol.** 2012; 771:42-50.

GONÇALVES CR, CRUZ MT, OLIVEIRA MP, et al. **Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde.** *Saúde debate.* 2014; 38:26-34.

IBGE. **Parnaíba Piauí**, 2018. [Internet]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/parnaiba/panorama> Acesso em 10 de Julho de 2019.

IBGE. **Parnaíba Piauí**, 2017. [Internet]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/parnaiba/panorama> Acesso em 10 de Julho de 2019.

IBGE. **Parnaíba Piauí**, 2016. [Internet]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/parnaiba/panorama> Acesso em 10 de Julho de 2019.

IBGE. **Parnaíba Piauí**, 2010. [Internet]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/parnaiba/panorama> Acesso em 10 de Julho de 2019.

MAIA, M., B.; COSTA, G., S.; SILVA, K., C., F., DA. Associação entre diabetes mellitus e doença periodontal. **Revista Intercâmbio**, v. 10, 2017.

Malta DC, Silva Júnior JB. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil após 3 anos de implantação 2011-2013. **Epidemiol Serv Saúde.** 2014; 23(3):389-395.

MALTA DC, STOPA SR, SZWARCOWALD CL, et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 **Rev. bras. epidemiol.** 2015;18:3-16.

MASSUCATTI, L A; Pereira , R A; Maioli, TU. Prevalência de Diabetes Gestacional em Unidades de Saúde Básica. **Revista de Enfermagem e atenção em saúde**, v. 1, n. 01 (2012). [Internet]. Acesso em 10/07/2019: Disponível: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/issue/view/34>

MEDEIROS, P., A., DE; STREIT, I., A; SANDRESCHI, P., F; FORTUNATO, A., R; MAZO, G., Z. Participação masculina em modalidades de atividades físicas de um Programa para idosos: um estudo longitudinal. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v.19, n.8, p.3479-3488, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas. **Brasília: Ministério da Saúde**; 2016.

OLIVEIRA, R.E. M; FRANCO, J. U.; JOEL, L. Adesão ao tratamento medicamentoso do Diabetes Mellitus tipo 2: Diferenças de Gênero. **Rev. APS.** 2018 jul/set; 21(3): 335 - 344.

OTÁVIO, G., M., DA C.; DAMASCENO, V., DA M., S.; LEMOS, T., N. Importância do Conceito de Medicina Periodontal na Integralidade da Assistência à Saúde. **Oral Science**, v. 6, n. 2, p. 10-17, 2014.

OWH. **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** 2003 [12/5/2019]; http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf.

PADILHA, A., P.; ROSA, L., M., DA; SCHOELLER, S., D.; JUNKES, C.; MENDEZ, C., B.; MARTINS, M., M., F., P., DA S. Manual de cuidados às pessoas com diabetes e pé diabético: construção por scoping study. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 4, 2017.

PERES DS, SANTOS MA, ZANETTI ML, et al. Difficulties of diabetic patients in the illness control: feelings and behaviors. **Rev Lat Am Enfermagem.** 2007 Nov-Dec;15(6):1105-12

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAÍBA. **Unidade Básica de saúde Pindorama, 2017a.** [Internet] Disponível em: <http://parnaiba.pi.gov.br/phb/mao-santa-entrega-a-populacao-no-pindorama-mais-uma-unidade-basica-de-saude-reformada/>. Acesso em: 29 de julho de 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAÍBA. **O Município, 2017b.** [Internet] Disponível em: <http://parnaiba.pi.gov.br/phb/o-municipio/>. Acesso em: 29 de julho de 2019.

SALGADO T, MARQUES A, GERALDES L ET AL. Adaptação Transcultural do Beliefs About Medicines Questionnaire para o Português. **São Paulo Med J**, 2013, 31(2):88-94.

SILVA, C., S; SANTOS, B., M; ALMEIDA, H., B., O., DE; EL FAHL, L., R; GALVÃO, L., R; GALVÃO, C., R; PORTO, E., C., L; MIRANDA, S., S; FIGUEREDO, A., C., M., G; COELHO, J., M., F. Estilo de vida e condição metabólica de mulheres diabéticas e/ou

hipertensas de uma região urbana. **Rev. Saúde Col. UEFS, Feira de Santana**, v.7, n. 2, p. 65-72, 2017.

SCHMIDT MI, DUNCAN BB, SILVA GA, Et. al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**. 2011; 377(9781):1949-61.

SOLBIATI, V. P. et al. Adesão ao tratamento para prevenir agravos relacionados à hipertensão arterial e ao diabetes. **Rev. Bras. Obesid.Nutrição Emagrecimento, São Paulo**. v.12. n.73. p.629-633. Set./Out.

SOUZA, E. C. S. et al. Avaliação da qualidade de vida de portadores de diabetes utilizando a medida específica B-PAID. **Revista Mineira de Enfermagem, Viçosa**, v. 16, n. 4, p. 509-514, 2012.

SOLBIATI, V., P; OLIVEIRA, N., R., C., DE; TEIXEIRA, C., V., LA, S; GOMES, R., J. Adesão ao tratamento para prevenir agravos relacionados à hipertensão arterial e ao diabetes. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v.12, n.73, p.629-633. São Paulo, 2018

TESTON, E., F.; SERAFIM, D.; CUBAS, M., R.; HADDAD, M., DO C., L.; MARCON, S., S. Fatores associados ao conhecimento e à atitude em relação ao Diabetes mellitus. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 4, 2017.

WHO-World Health Organization (SWZ). **Global report on diabetes**. Geneva: World Health Organization; 2016

ZANGULO, A.; Bari, M., L.; Uceda, M., I. Avaliação de Custo do Tratamento de Doentes com Diabetes Internados no Serviço de Medicina do Hospital do Prenda, Angola. **Revista Portuguesa de Farmacoterapia**, v. 9 n. 3, p. 154-160, 2017.

ZIMMET P, ALBERTI GK. Epidemiology of Diabetes: Status of a Pandemic and Issues Around Metabolic Surgery. **Diabetes care**. 2016; 39(6):878-83.