

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ABELARDO PÉREZ LAMBERT**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AMPLIAR A ADESÃO DOS  
PACIENTES DIABÉTICOS AO TRATAMENTO**

**BELO HORIZONTE – MG**

**2015**

**ABELARDO PÉREZ LAMBERT**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AMPLIAR A ADESÃO DOS  
PACIENTES DIABÉTICOS AO TRATAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Célia Maria de Oliveira

**BELO HORIZONTE – MG**

**2015**

**ABELARDO PÉREZ LAMBERT**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AMPLIAR A ADESÃO DOS  
PACIENTES DIABÉTICOS AO TRATAMENTO**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Profa. Dra. Célia Maria de Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais

Examinador 2:

Aprovado em Belo Horizonte, em                      de                      de 2015

**BELO HORIZONTE – MG**

**2015**

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, filhos e esposa, que são minha razão de viver. Por eles faço e sempre vou fazer tudo que estiver ao meu alcance.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - População segundo a faixa etária na área de abrangência do PSF 1 Zona Urbana.Carneiros.Setembro 2013- Setembro 2014.

Quadro 2 – Destino dos dejetos na área de abrangência do PSF 1 Zona Urbana.Carneiros.Setembro 2013- Setembro 2014.

Quadro 3 - Destino do lixo na área de abrangência do PSF 1 Zona Urbana.Carneiros.Setembro 2013- Setembro 2014.

Quadro 4 - Morbidade referida na área de abrangência do PSF 1 Zona Urbana.Carneiros.Setembro 2013- Setembro 2014.

Quadro 5 - Priorização dos Problemas

Quadro 6- Plano operativo.

Figura 1 - Árvore explicativa sobre o problema das complicações Diabetes Mellitus.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS - Agente Comunitário de Saúde

PSF -Posto de Saúde da Família

FUNASA- Fundação Nacional de Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS - Organização Mundial da Saúde

PES - Planejamento Estratégico Situacional

SIAB - Sistema de Informações de Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

DM - Diabetes Mellitus

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** o Diabetes Mellitus apresenta elevada prevalência na população brasileira. Carneiros é um município brasileiro do estado de Alagoas e atende a população pertencente à PSF Zona Urbana 1. A principal causa de morbidade e mortalidade no município está relacionada às complicações do Diabetes Mellitus devido a não-adesão ao tratamento.

**OBJETIVO:** elaborar um projeto de intervenção visando a ampliação da adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento. **MÉTODO:** trata-se de uma revisão narrativa de literatura sobre o tema e desenvolvimento de ações com base no Planejamento Estratégico Situacional e na Estimativa Rápida.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** pretende-se com o trabalho, oferecer uma proposta de hábitos alimentares e estilo de vida adequada, além de um melhor atendimento aos pacientes diabéticos.

**PALAVRAS CHAVE:** Diabetes Mellitus. Equipe do PSF. Adesão ao tratamento.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Diabetes Mellitus has a high prevalence in our population. Sheep is a municipality in the state of Alagoas and serves the population belonging to the PSF Urban Zone 1. The main cause of morbidity and mortality in the city is related to complications of Diabetes Mellitus due to non-compliance. **OBJECTIVE:** elaborate an intervention project aimed at expanding the membership of diabetic patients to treatment. **METHOD:** This is a narrative review of literature on the subject and development actions based on the Situational Strategic Planning and Flash Estimate. **FINAL COMMENTS:** it is intended to work, offer a proposal of eating habits and proper life style, as well as a better service to diabetic patients .

**KEYWORDS :**Diabetes Mellitus. Team from PSF. Adherence to treatment.



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>21</b>
<b>6</b>	<b>PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>22</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>27</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>28</b>

Erro! Indicador não definido.

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. Cenário**

#### **1.1.1. O município de Carneiros**

Em 1960, o município de Carneiros foi elevado à condição de distrito, subordinado ao município de Santana do Ipanema. A emancipação política aconteceu em 1962, desmembrando o então distrito de Santana do Ipanema (PREFEITURA MUNICIPAL DE CARNEIROS, 2014).

Carneiros é um território de aproximadamente 113,06 km<sup>2</sup>. Sua altitude média é de 304 m acima do nível do mar e temperaturas que variam: mínima 20° e máxima 32°. A concentração habitacional é de 4.702 pessoas vivendo na área urbana e 3.588 pessoas na área rural. O município conta com aproximadamente 1992 domicílios e 2000 famílias.

A equipe de saúde, da qual faço parte, atende a população pertencente ao Programa Saúde da Família do ESF Zona Urbana 1. Trata-se de uma comunidade que fica na Zona Urbana do município de Carneiros. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira como os de comemorar as festas religiosas. Os festejos do município resumem-se na festa da padroeira Nossa Senhora da Conceição e a da emancipação, ambas bem movimentadas (PREFEITURA MUNICIPAL DE CARNEIROS, 2014).

Em relação aos aspectos socioeconômicos, as principais atividades econômicas são: agricultura, comércio e pecuária (IBGE, 2012).

Nossa área de abrangência conta, até setembro de 2014, com 2.345 habitantes atendidos por uma Equipe de Saúde da Família dividida em seis micro-áreas localizadas na zona urbana do município (SIAB, 2013).

Durante as últimas administrações, foi construída uma escola, um centro de saúde, em função da pressão da associação comunitária que é bastante ativa. A população tem muito apreço pela unidade de saúde, fruto de anos de luta da associação.

Os quadros seguintes sintetizam os dados coletados por ocasião do diagnóstico situacional feito pela equipe. Os dados foram obtidos a partir de Bases de

dados secundárias como, por exemplo, o SIAB, entrevistas com informantes-chaves e observação ativa (SIAB, 2013).

Entre os 7401 habitantes cadastrados, no ano de 2014, 3610 (48.77%) são homens e 3791 (51.22%) são mulheres, distribuídos por faixa etária, de acordo com o que é apresentado no quadro 1.

**Quadro 1- População segundo a faixa etária na área de abrangência do Posto de Saúde da Família 1 Zona Urbana.Carneiros.Setembro 2013- Setembro 2014.**

Faixa etária	Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%
< 1 ano	55	0.74	56	0.75
1 a 4 anos	310	4.18	286	3.86
5 a 6 anos	167	2.25	160	2.16
7 a 9 anos	274	3.70	237	3.20
10 a 14 anos	429	5.79	474	6.40
15 a 19 anos	448	6.05	410	5.53
20 a 39 anos	1002	13.53	1086	14.67
40 a 49 anos	364	4.91	402	5.43
50 a 59 anos	230	3.10	271	3.66
> 60 anos	331	4.47	409	5.52
Total	3610	48.77	3791	51.22

Fonte: SIAB, 2013

Os dados apontam uma predominância de pessoas na faixa etária de 20 a 39 anos, mas há também um número significativo de pessoas idosas.

De acordo com a classificação e índice de Rosset (2007) que é um índice sobre o grau de envelhecimento de uma população, tem-se a seguinte classificação da população: de 0 a 7 %: população madura; de 7 a 10 %: população com envelhecimento insipiente; de 10 a 13 %: população com envelhecimento avançado; de 13 a 16 %: população abertamente envelhecida e maior do que 16%: população muito envelhecida. Fazendo o cálculo na população idosa da nossa área de abrangência, tem-se:

$$IR = \frac{N^{\circ} \text{ de Idosos de 60 anos ou mais}}{\text{População Total}} \times 100$$

População Total

$$IR = 331 \times 100 \quad IR = 10,9 \%$$

O município tem uma população com envelhecimento incipiente, dado muito importante para fazer o diagnóstico epidemiológico municipal. A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa a desejar, principalmente, no que se refere ao esgotamento sanitário. Parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. A área apresenta elevado índice de infestação por *Aedes Aegypti*, constituindo risco de surtos de dengue.

Os dados sobre instalações sanitárias, do município Carneiros, são apresentados no quadro seguinte.

**Quadro 2 – Destino dos dejetos na área de abrangência do PSF 1 Zona Urbana. Carneiros. Setembro 2013- Setembro 2014.**

DESTINO DAS FEZES/URINA	Nº	%
Sistema de Esgoto	3	0.15
Fossa	1660	83.00
Céu aberto	337	16.85

Fonte: SIAB 2013

Percebe-se que a fossa séptica é a forma mais encontrada de escoamento de dejetos.

Os dados do quadro 3 apresentam o quantitativo de famílias que têm cobertura de coleta de lixo.

**Quadro 3 - Destino do lixo na área de abrangência do PSF 1 Zona Urbana.Carneiros.Setembro 2013- Setembro 2014.**

DESTINO DO LIXO	Nº	%
Coleta pública	1237	61.85
Queimado/Enterrado	389	19.45
Céu aberto	374	18.70

Fonte: SIAB. 2013

Em relação ao lixo, a situação não é positiva, visto que a parcela da população que têm coleta pública do lixo é muito pequena.

O diagnóstico situacional feito durante a realização das atividades do Módulo de Planejamento e avaliação em ações básicas de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), mostraram que as principais causas de morbidade e mortalidade ocorridas no ano de 2013, em ordem decrescente, são: complicações por Diabetes igual a 34.52%, 29.64% doenças do aparelho circulatório, neoplasias 18,0% e outras 8,41%.

Os dados do quadro 4 apresentam a morbidade na área de abrangência da ESF ZONA URBANA 1 de Carneiros .

**Quadro 4 - Morbidade referida na área de abrangência do PSF 1 Zona Urbana. Carneiros. Setembro 2013- Setembro 2014.**

Faixa etária	Morbidade referida							
	Alcoólicos		Hipertensão		Deficientes		Diabetes	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0 a 14 anos	0	0	0	0	4	0.57	0	0
15 anos e mais	8	0.49	178	10.82	27	1.64	52	3.16
Total	8	0.34	178	7.59	31	1,32	52	2.22

Fonte: SIAB. 2013

Os problemas de saúde sobre os quais iremos intervir, isto é, a maior mortalidade por complicações por diabetes e doenças do aparelho circulatório, são significativos.

Vale destacar que as complicações do diabetes estão ocupando um lugar preponderante na morbidade e mortalidade, principalmente por falta de adesão ao tratamento, sem que o médico de família possa agir para controlar e modificar e, assim, prevenir ou atrasar o aparecimento da doença, proporcionando aumento da esperança de vida e da qualidade de vida deste grupo de pessoas.

#### **1.1.1.1 A Unidade Básica de Saúde PSF 1 Zona Urbana**

A Unidade Básica de Saúde PSF 1 Zona Urbana funciona no horário de 8:00 às 17 horas, de segunda a sexta feira. São realizadas consultas e visitas domiciliares planejadas de acordo com os protocolos estabelecidos para cada uma das doenças, tendo em conta os grupos prioritários. A equipe de saúde é completa. Conta com seis agentes comunitários, um técnico de enfermagem, uma enfermeira, um dentista e um

médico. Todos trabalham 40 horas por semana. O médico dedica 8 horas por semana para estudos.

O município tem três unidades de saúde; duas estão em um centro de saúde localizado na área urbana e a terceira está na zona rural.

## JUSTIFICATIVA

O Diabetes Mellitus apresenta elevada prevalência na população brasileira, acometendo 7,6% das pessoas adultas entre 30 e 69 anos de idade (CAMPOS, 2010).

As complicações do diabetes são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas. Esta situação é agravada pelo fato de que 45% a 50% das pessoas com diabetes não sabem que têm a doença. Isso significa que muitas pessoas falecem principalmente por complicações do diabetes (NESCON/UFMG, 2013). As complicações do Diabetes Mellitus podem ser prevenidas de forma significativa se forem conhecidas precocemente e se houver adequada adesão ao tratamento.

A não adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus prejudica a resposta fisiológica à doença, a relação profissional-paciente, aumenta o custo direto e indireto do tratamento (MATUS, 1989).

As principais causas do diabetes, descompensação e complicações, incluindo morte, estão relacionadas, no município de Carneiro, ao desconhecimento dos pacientes sobre a doença é a não adesão ao tratamento. Diante disto, justifica-se a elaboração de uma proposta de intervenção educativa para que os usuários tenham maior conhecimento e, portanto, maior controle do diabetes.



### **3. OBJETIVO**

Propor um projeto de intervenção visando uma maior adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento.

#### 4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Doenças crônicas não transmissíveis têm sido reconhecidas como um problema de saúde global, incluindo diabetes, presente em todos os setores e classes sociais. (CHRISTOPOULO-ALETRA, 2008). Elas são produzidas por múltiplos fatores que interagem em diferentes graus e estão associados com alta morbidade, mortalidade e comprometimento à qualidade de vida dos pacientes, influenciadas grandemente pela falta de controle na terapêutica, levando a complicações evitáveis.

O Diabetes Mellitus é uma doença geneticamente determinada, em que o sujeito que sofre alterou o metabolismo dos hidratos de carbono, gorduras e proteínas, juntamente com uma deficiência relativa ou absoluta da secreção de insulina e com vários graus de resistência a ela (GROSS, 2005).

O DM não é uma única patologia, mas um grupo de distúrbios metabólicos que apresenta a hiperglicemia como fator preponderante, ou seja, o açúcar em alta quantidade no organismo, especificamente na corrente sanguínea. É causado por defeitos na ação da insulina, na excreção de insulina ou em ambos os casos, impedindo a entrada da glicose nas células para sua metabolização. É uma patologia que se instala silenciosamente e provoca muitas complicações para o organismo, ocasionando no início sintomas bem comuns, como: fome exagerada, muita sede, boca seca, urina em grande quantidade e perda de peso (DIRETRIZES SBD, 2009).

O diabetes e suas complicações correspondem a quatro milhões de óbitos por ano, equivalente a 9% da mortalidade mundial total (BRASIL, 2006).

A OMS estima que o número total de pessoas com diabetes no mundo elevar-se-á, de 171 milhões em 2000 para 366 milhões em 2030; apenas no Brasil, de 4,5 milhões para 11,3 milhões, no mesmo período, tornando-se o oitavo país no mundo com o maior número de pessoas com diabetes (EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE, 2012).

No Brasil, tem-se observado um crescente número de hospitalizações por diabetes, em proporções superiores às hospitalizações por todas as causas, o que de certa forma, traduz o aumento na sua prevalência.

Apesar da eficácia dos tratamentos, é difícil convencer os portadores de diabetes a mudar radicalmente seus hábitos, pois normalmente são sedentários, e costumam alimentar-se basicamente de embutidos ou qualquer refeição rápida e/ou fora de hora super calórica, o que agrava o quadro clínico e dificulta os resultados destes tratamentos (RBAC, 2009).

A base do tratamento do diabetes é a terapia nutricional e o estímulo à atividade física, aliado à perda de peso quando necessário. O tratamento com anti-diabéticos orais e/ou insulina, quando necessário, é sempre adjuvante ao tratamento dietético e físico. Se ao paciente é apenas oferecido o tratamento farmacológico, sem a devida orientação nutricional e de hábitos de vida, tanto o paciente quanto o profissional de saúde serão frustrados nos esforços de controle glicêmico e prevenção de complicações (FARIAS, 2008).

Alguns indivíduos ainda deixam a desejar esquecendo a medicação, não realizando a dieta alimentar corretamente, não dando ênfase aos exercícios físicos. Infere-se que a maioria segue o tratamento corretamente, mas ainda assim os cuidados são precários. A educação em saúde para os diabéticos conscientizando-os para que os cuidados sejam consolidados visa a adesão ao tratamento de forma regular (American Diabetes Association, 2009).

É importante, para uma melhor qualidade de vida para pacientes com Diabetes Mellitus, proteger todos os órgãos que podem ser danificados quando do descontrole da doença. Então, o primeiro passo é encontrar os fatores que influenciam a não adesão ao tratamento, que são condicionados pela ignorância, baixo nível cultural da população e resistência ao tratamento. É importante estimular o uso contínuo dos medicamentos, realização de exercícios e controle glicêmico adequado.

Esta doença pode ser controlada em cinquenta por cento dos casos, e depende da sua terapêutica continuada. Portanto, existe uma necessidade de um plano de ação para estimular cuidados primários, promovendo este tratamento terapêutico e não terapêutico para prevenir a doença ou suas complicações.

Educação para a saúde é uma arma estratégica para controlar o diabetes. Quando os pacientes e equipe de saúde adquirem conhecimento sobre a doença e seu

tratamento, aumentará a perspectiva de um maior controle da doença e uma melhor qualidade de vida para os pacientes diabéticos.

## 5. MÉTODO

A partir do diagnóstico situacional previamente realizado por todos os membros da equipe de saúde e, posteriormente, discutido na reunião da equipe, foi avaliado e analisado cada um dos problemas detectados na área de atendimento, além das soluções propostas para cada um deles, tendo em conta o nível de resolubilidade e resultados possíveis. Também foram usados dados coletados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2013).

Para elaboração do Plano de intervenção ficou estabelecida a priorização dos problemas encontrados pelo método de estimativa rápida e, em seguida, analisou-se as influências negativas para a população. Assim, com base nos problemas e nós críticos, foram desenhadas as operações e possíveis soluções, levando em conta os resultados esperados, o produto e os recursos necessários.

Neste estudo, o problema priorizado foi a baixa adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus. Os fatores de controle que levaram à identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações para enfrentamento dos “nós críticos” foram: a adesão ao tratamento do diabetes e controle de complicações.

O plano de intervenção educacional proposto será feito para melhorar o conhecimento sobre o risco de complicações do diabetes devido a não adesão ao tratamento, em pacientes usuários do PSF Zona Urbana 1, no município de Carneiros.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme os textos da seção 1 do Módulo de Iniciação à metodologia (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013) e seção 2 do Módulo de Planejamento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para embasamento do plano, será feita uma revisão narrativa da literatura sobre o tema em Bases de dados eletrônicas como Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LiLACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), tendo como descritores: Diabetes Mellitus. Equipe do PSF. Adesão ao tratamento.

## 6. PLANO DE AÇÃO

Nossa equipe começou a trabalhar no PSF de Carneiros, em abril de 2014. Desde então, temos trabalhado com os dados obtidos pelo SIAB e realizamos um levantamento situacional juntamente com equipe de saúde. A partir disso, determinou-se que há problemas estruturais em diferentes posições do atendimento.

### 6.1. Primeiro Passo: identificação dos problemas

Primeiro, foi necessário garantir o compromisso da equipe de saúde com a população. Então foi feita uma pesquisa para a avaliação da situação da população da área de atenção. Entre os problemas encontrados, estão:

- Práticas alimentares inadequadas;
- Pouca adesão dos pacientes ao tratamento do Diabetes Mellitus;
- Estrutura inadequada dos serviços de saúde;
- Falta de consolidação do processo de trabalho da equipe de saúde.

### 6.2. Segundo Passo: Priorização dos Problemas

Quadro 6 - Priorização dos Problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Práticas alimentares inadequadas	Alta	7	Parcial	2
Baixa adesão dos pacientes ao tratamento do Diabetes Mellitus	Alta	7	Parcial	1

Inadequada estrutura dos serviços de saúde	Alta	6	Parcial	4
Falta de consolidação do processo de trabalho da equipe de saúde	Alta	5	Parcial	3

No território da Zona Urbana 1 do Município Carneiros, 52% dos usuários com Diabetes Mellitus não aderem ao tratamento e 34,52% morreram por complicações da doença. O Diabetes Mellitus foi o problema definido como prioridade.

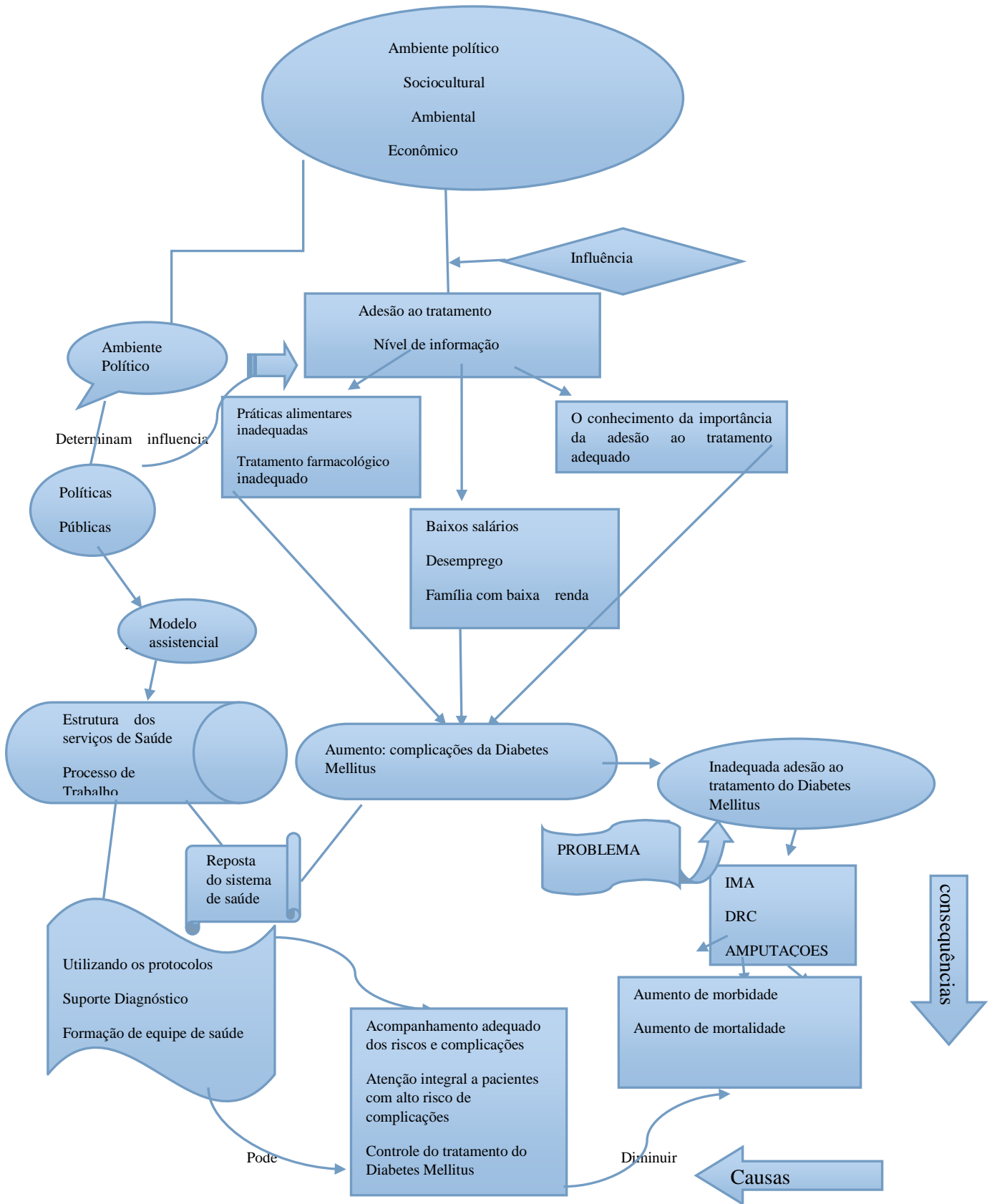
### 6.3. Terceiro Passo: Descrição do Problema

Para descrição do problema priorizado, a equipe de saúde utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram fornecidos pelos agentes comunitários.

Foram consideradas variáveis e indicadores de frequência, adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus e controle do mesmo. Os indicadores que foram selecionados podem nos dar uma idéia da eficácia de ações indiretas como hospitalizações, e de mortes. Houve diferenças entre as informações contidas no sistema de cuidados básicos e a realidade na unidade de saúde.

### 6.4. Quarto Passo: Explicação do problema

Figura 1 Árvore explicativa sobre as complicações do Diabetes Mellitus





## 6.5. Quinto passo: Identificação dos nós críticos

- Processo de trabalho da equipe → orientações inadequadas às pessoas com fatores de risco para Diabetes Mellitus.
- Dificuldades na compreensão dos fatores de risco e ausência de programas de educação em saúde.
- Elaboração do plano operativo

## 6.6. Plano operativo

**Quadro 8 - Plano Operativo**

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas
“Aprendendo sobre o Diabetes Mellitus”	População mais informada sobre Diabetes Mellitus	Programa educativo para tratamento adequado da Diabetes Mellitus	Elaborar questionário de tratamento adequado da Diabetes Mellitus  Realização de Palestras de tratamento adequado da Diabetes Mellitus  Reprodução de Material audiovisual de tratamento adequado da Diabetes Mellitus na sala de espera da UBS.
Apresentar uma proposta de práticas alimentares adequadas	Cobertura de 100% de população com Práticas alimentares inadequadas	Linha de cuidado, para controle adequado das práticas alimentares implantada.  Protocolos	Definir os protocolos de atendimento de pacientes com práticas alimentares inadequadas.  Desenvolver questionários para avaliação do paciente.

		<p>implantados</p> <p>Recursos humanos capacitados</p> <p>Gestão de linha de cuidado</p>	<p>Entregar material educativo sobre práticas alimentares.</p> <p>Solicitação de acompanhamento Nutricional</p>
<p>Contribuir para melhor atendimento e acompanhamento</p>	<p>Assegurar a consulta especializada</p> <p>Garantir exames previstos para o 100% dos casos</p>	<p>Capacitação de Pessoal de Saúde da unidade</p> <p>Adquirir recursos para exames e compra de medicamentos</p> <p>Consultas especializadas</p>	<p>Apresentar projeto de capacitação do Pessoal de Saúde</p> <p>Administrar os reagentes necessários para a realização dos exames, bem como os meios para controlar a doença (balança, estadiômetro, esfigmomanômetro, estetoscópio, glicosímetro, fitas para fazer teste).</p>
<p>Obter informações sobre população com não adesão ao tratamento da Diabetes</p>	<p>Cadastro de 100% de população com não adesão ao tratamento da Diabetes</p>	<p>Definição do tratamento da Diabetes Mellitus</p> <p>Capacitação de recursos humanos</p> <p>Linha de cuidado do tratamento da Diabetes Mellitus</p>	<p>Definir o tratamento da Diabetes Mellitus</p> <p>Apresentar Projeto de capacitação de recursos humanos</p> <p>Gerenciar linha de cuidado.</p> <p>Providenciar um professor de educação física para realização de exercícios físicos</p>

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Tal como a prevenção secundária de diabetes, o controle metabólico desempenha um papel importante na prevenção ou no controle da progressão das complicações crônicas, por isso é prioridade a adesão ao tratamento.

Espera-se que a proposta de intervenção seja implementada, permitindo a adoção de medidas específicas para melhorar a gestão do tratamento dos pacientes diabéticos, especialmente no que diz respeito à adesão ao tratamento dietético e prescrição de medicamentos. Será uma ferramenta fundamental na prevenção de complicações e descompensação, pois será possibilitará a detecção precoce dos casos graves.

Por fim, este projeto nos oferece uma experiência enriquecedora, pois trabalharemos com uma população rural, com falta de recursos, que nós desafia a usar todo o nosso conhecimento sobre cuidados básicos de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ABODERIN I, Kalache *et al.* Life Course Perspectives on Coronary Heart Disease, Stroke and Diabetes: Key Issues and Implications for Policy and Research. Summary report of a meeting of experts 2–4 May 2001.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Clinical Practice Recommendations: Diabetic Nephropathy. *Diabetes Care*, 2009.
- BRASIL.Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus.Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de ; FARIA , Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2.ed NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Minas Gerais, 2010.
- CORRÊA, Edison José; SENA, Roseni Rosângela de. Planejamento e elaboração de projetos para grupos comunitários. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2.ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009.
- DSBD - Diretrizes Da Sociedade Brasileira De Diabetes 2009 / Sociedade Brasileira de Diabetes. 3. ed., Itapevi/SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.
- CHRISTOPOULOU-ALETRA H, PAPAVERAMIDOU N. "Diabetes" as described by byzantine writers from the fourth to the ninth century AD: the graecoroman influence. *Diabetologia*. 2008; 51:892-6.
- GROSS, J.L.;AZEVEDO,M.J.;SILVEIRO,S.P;CANANI.Diabetic nephropathy : diagnosis preventions, and treatment. *Diabete Care*, v.28, p.164-76,2005.
- FARIA, H.T.G. Fatores relacionados à adesão do paciente diabetico à terapêutica medicamentosa.2008.146 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto,2008.
- MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.
- NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família2ed. Minas Gerais: Nescon/UFMG, 2013.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CARNEIROS . Acesso em abril de 2014, no site: <http://www.santanadoipanema.al.gov.br/>
- SANTOS FILHO, R. D.; MARTINEZ, T. L. R. Fatores de risco para doença cardiovascular: velhos e novos fatores de risco, velhos problemas Arq Bras Endocrinol Metab [online]. v.46, n.3, p. 212-214, 2002

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Município de Santana, 2013.  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Município de Santana, dados  
referentes ao período de fevereiro de 2013 a fevereiro de 2014.