



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Abraão Benício de Oliveira

Adesão de pacientes diabéticos ao tratamento e a
importância do apoio familiar: projeto de intervenção na
Unidade de Saúde da Família de Conrado, cidade de
Miguel Pereira/RJ

Florianópolis, Março de 2023

Abraão Benício de Oliveira

Adesão de pacientes diabéticos ao tratamento e a importância do apoio familiar: projeto de intervenção na Unidade de Saúde da Família de Conrado, cidade de Miguel Pereira/RJ

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

Orientador: Fabíola Polo de Lima
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Abraão Benício de Oliveira

Adesão de pacientes diabéticos ao tratamento e a importância do apoio familiar: projeto de intervenção na Unidade de Saúde da Família de Conrado, cidade de Miguel Pereira/RJ

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

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Fabíola Polo de Lima
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: no Brasil há mais de 13 milhões de pessoas vivendo com diabetes, representando 6,9% da população, sendo um número que cresce cada vez mais. O Diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Para se ter um controle adequado dessa doença, primeiro o paciente deve entender a doença, suas complicações e após seguir um tratamento adequado baseados nas orientações médicas, com controle rigoroso da glicemia. Uma das principais causas de mau controle da doença é a não adesão ao tratamento farmacológico bem como o não farmacológico por parte do paciente, também percebemos a falta de apoio familiar de muitos desses pacientes, o que dificulta ainda mais a adesão ao tratamento, considerando que a maioria são idosos e muitas das vezes moram sozinhos. A partir da observação de alguns casos de níveis metabólicos alterados mesmo sendo realizado o tratamento na Equipe de Saúde da Família (ESF) de Conrado – RJ nasceu o desejo de realizar um plano de intervenção direcionado aos diabéticos pertencentes a esta ESF. **Objetivo:** o objetivo do projeto é elaborar um projeto de intervenção para pacientes diabéticos sobre adesão correta ao tratamento e sobre a importância do apoio familiar. **Metodologia:** primeiramente será realizado um levantamento dos pacientes com má adesão ao tratamento proposto para DM e será realizada reunião para elaboração do plano de intervenção. Após isso, será agendada visitas domiciliares a todos os pacientes com o objetivo de conhecer a realidade que o paciente está inserido e em seguida elaborado um plano terapêutico singular para cada paciente e incentivado a participação dos familiares durante todo o processo. Por fim, será criado o Grupos de Hipertensos e Diabéticos (Hipertensão e Diabetes). **Resultados esperados:** espera-se obter bom controle metabólico e diminuição das taxas de complicações e aumento do laço afetivo entre eles.

Palavras-chave: Adesão à Medicação, Diabetes Mellitus Tipo 2, Relações Familiares

Sumário

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 | OBJETIVOS | 11 |
| 2.1 | Objetivo Geral | 11 |
| 2.2 | Objetivos Específicos | 11 |
| 3 | REVISÃO DA LITERATURA | 13 |
| 4 | METODOLOGIA | 17 |
| 5 | RESULTADOS ESPERADOS | 21 |
| | REFERÊNCIAS | 23 |

1 Introdução

Localizado no flanco mais interno da Serra do Tinguá, a cidade de Miguel Pereira tem 52 anos de emancipação político administrativo. Conhecido pelos seus grandes cafezais na antiguidade, também apresentava uma extensa produtividade pecuária e agrícola (tais como: criação de aves, bovinos, suínos, cultivo de milho, trigo, mamona feijão). Atualmente a cidade está dividida em três distritos sendo Miguel pereira, Governador Portela e Conrado.

Nossa História acontece em Conrado, 3º distrito do Município de Miguel Pereira, no Estado do Rio de Janeiro onde está situada nossa Equipe de Saúde da Família. Conrado pertencia ao distrito de Vassouras, sendo anexado a Miguel Pereira em 1988. Compostas de sítios, pastos, cachoeiras e uma extensa área verde, sendo suas localidades divididas em Conrado propriamente dito, Arcádia, Santa Branca, Mangueiras e Paes Leme. Dentre os serviços de saúde oferecidos dispomos de consulta médica, odontológica e de enfermagem, curativos, vacinas, aferição de pressão e glicemia capilar, coleta de material para exames (sangue, fezes e urina), e promoção de atividades de educação em saúde. A economia da cidade gira em torno da produção de leites e derivados, louros, flores, artesanatos, embutidos, cachaça e plantações agrícolas como: aipim, banana dentre outros. Por ser uma comunidade cercada por montanhas rochosas e de árvores, sempre há risco de deslizamento de terras, árvores e rochas pela estrada. A renda familiar está aproximadamente entre um a três salários mínimos, muitos vivem com recebimento de bolsa família, e grande parte possui trabalhos informais como: manicure, cabeleireiro, salgados, sacolé e confeitaria para complementar a renda da familiar. A população tem sua maior parte constituída por idosos, com escolaridade que variam do analfabetismo até o primário incompleto, baseado nos relatos da própria comunidade.

O saneamento básico de Conrado é precário, com esgoto a céu aberto e as excreções depositadas em riachos que levam às cachoeiras da região. A água em grande parte da população é encanada e tratada da empresa CEDAE, porém em Arcádia a água é encanada, mas não tratada, vindo direto de uma nascente. Possui energia elétrica da empresa LIGHT, mas há frequente problema de falta de energia. Sobre a população de Conrado, temos uma estimativa baseado nos cadastros de nossa unidade em torno de 2600 pessoas, mas só dispomos da população geral do município, e desatualizado, pois os dados são do IBGE de 2010. Miguel Pereira possui 24.642 habitantes, com 6.955 crianças e adolescentes (0-19 anos); 13.570 adultos (20-59 anos) e 4.117 idosos (60 anos ou mais). A estimativa da população atual, segundo a Secretaria de Saúde, é de 25.943 habitantes, dado utilizado para os cálculos vindouros.

A taxa de mortalidade geral corresponde a 269 mortos: 10,55 mortes para cada 1.000 habitantes; a taxa de mortalidade por doenças crônicas é de 139 mortes, refletindo em

51,67 mortos a cada 1000 habitantes; a taxa de mortalidade infantil é de seis óbitos que corresponde a 16,48 mortos a cada 1000 habitantes; sem registro de mortes maternas no ano de 2018. As queixas mais comuns de saúde são: na população infantil: infecções respiratórias agudas, escabiose, diarreia, verminoses, e puericultura; nos adultos: sintomas relacionados à hipertensão e diabetes, doenças psicossomáticas como depressão, estresse e transtornos de ansiedade, mas a busca maior é sem dúvida pacientes diabéticos e hipertensos. Foram registrados 11 casos de diabetes em apenas um mês (junho de 2019), com 95 pacientes no referido ano. Porém esses dados são bem maiores, não há um bom controle dos casos, alguns não são notificados e contabilizados na unidade, ocorrendo a fragilidade na exatidão dos dados. O mesmo ocorre com pacientes hipertensos que somam hoje 208 pacientes, dificultando realizar os cálculos por incompatibilidade de informações.

Na Equipe de Saúde da Família Conrado, Miguel Pereira – RJ existem pacientes portadores de diabetes que apresentam elevados níveis glicêmicos e não adesão ao tratamento, que condicionaram a amputações de membros inferiores devido à dificuldade de adesão ao tratamento, principalmente porque necessitavam de alguém que pudesse auxiliar no controle adequado das glicemias e administração do tratamento, seja via oral ou subcutâneo com as aplicações da insulina. Foi observado que mesmo obtendo as orientações sobre a doença e possíveis complicações, não acreditavam que pudessem evoluir a este quadro, bem como o descaso dos familiares durante o período crítico de tratamento. A partir dessas constatações surgiu a necessidade da elaboração de um plano terapêutico singular envolvendo toda essa problemática e a adesão dos familiares ao tratamento a fim de minimizar complicações em pacientes diabéticos.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção para pacientes diabéticos sobre adesão correta ao tratamento e sobre a importância do apoio familiar.

2.2 Objetivos Específicos

- Criar do Grupo de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia).
- Realizar Plano Terapêutico Singular.
- Incluir os familiares no monitoramento do tratamento ao paciente.

3 Revisão da Literatura

Diabetes mellitus é uma síndrome caracterizada por hiperglicemia crônica, resultantes de defeitos da ação da insulina, na secreção da insulina ou em ambas. A classificação proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA), e recomendada pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), inclui quatro classes clínicas: Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de diabetes mellitus e diabetes mellitus gestacional (DMG). Há ainda duas condições, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia em jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída, nomeadas atualmente como risco aumentado de diabetes (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Dados gerais, entre 1985 e 2010, a prevalência a nível mundial de diabetes mellitus aumentou quase dez vezes, de 30 milhões a 285 milhões de casos. Nos Estados Unidos, a prevalência de diabetes mellitus em 2010 estimava-se em 26 milhões ou 8,4% da população. Uma parte importante de pessoas com diabetes mellitus, encontra-se sem diagnóstico (KASPER et al., 2013). Devido ao envelhecimento populacional, a crescente prevalência de obesidade, ao sedentarismo e a maior sobrevivência dos pacientes, o diabetes está atingindo proporções epidêmicas em todo mundo. No Brasil, a prevalência de diabetes mellitus foi estimada em 7,6%. Segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico realizado pelo Ministério da Saúde (MS), na população com idade igual ou maior de 18 anos, no conjunto de 27 capitais, a frequência do diagnóstico médico prévio de diabetes foi de 8,9%, sendo entre homens (7,8%) do que entre mulheres (9,9%) e mais comum com o avanço da idade para ambos os sexos. Esse percentual pode ser utilizado pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para estimar o número de diabéticos do seu território e comparar com o número de cadastrados, avaliando a necessidade ou não de intensificar ações de busca ativa do diagnóstico (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

O diabetes mellitus está entre os cinco principais problemas manejados pelo médico de saúde da família e comunidade. É responsável por cerca de 5% da taxa de internação por condições sensíveis à atenção primária à saúde (APS) no Brasil, com tendência a queda nos últimos anos, provavelmente relacionadas a reorganização da APS no país. O manejo clínico adequado, o estímulo a autonomia do usuário por meio de estratégias centradas na pessoa e a continuidade dos cuidados são eficazes na redução de complicações e mortalidade por diabetes mellitus. Assim para um médico efetivo, é necessário ao médico conhecimento técnico atualizado, habilidade de comunicação e uso de tecnologias próprias da APS (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Os sinais e sintomas característicos que levantam a suspeita de diabetes são os “quatro P’s”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso. Embora possam estar

presentes no DM tipo 2, esses sinais são mais agudos no tipo 1, podendo progredir para cetose, desidratação e acidose metabólica, especialmente na presença de estresse agudo. Sintomas mais vagos também podem estar presentes, como prurido, visão turva e fadiga. No DM tipo 2, o início é insidioso e muitas vezes a pessoa não apresenta sintomas. Não infreqüentemente, a suspeita da doença é feita pela presença de uma complicação tardia, como proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica, doença arteriosclerótica ou então por infecções de repetição (BRASIL, 2013).

O diagnóstico de diabetes mellitus é feito de acordo com o valor da glicemia em jejum, glicemia casual e glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75g de glicose (TOTG). Recentemente, a HbA1C (ou A1C) foi recomendada como critério diagnóstico devido a correlação bem estabelecida entre seus níveis e o risco para complicações tardias do diabetes mellitus. Na presença de sintomas sugestivos, uma glicemia casual acima de 200mg/dl confirma o diagnóstico, em indivíduos assintomáticos ou com sintomas leves, são necessários duas glicemias em jejum maior que 126 mg/dl. É importante orientar o usuário a não mudar sua alimentação antes da realização dos exames confirmatórios, a fim de evitar o mascaramento do diagnóstico. As metas do tratamento do diabetes mellitus envolvem, além da redução de níveis glicêmicos e pressóricos, a adequação do peso e do perfil lipídico conforma cada pessoa. Os benefícios do bom controle glicêmico inicial persistem em longo prazo, prevenindo a morbimortalidade por diabetes mellitus, o que torna imprescindível o tratamento adequado logo após o diagnóstico; entretanto um estudo multicêntrico brasileiro revelou que 76% dos diabéticos não atingiram o controle glicêmico desejado. O sucesso terapêutico depende da implicação da própria pessoa no seu autocuidado. Para isso, tornam-se fundamentais as intervenções de educação em saúde, individuais ou em grupos, pela equipe de saúde. Dentre os tratamentos propostos, a insulino terapia deve ser intensificada de forma progressiva e adequada, para evitar a adesão e evitar a hipoglicemia, que podem ser uma barreira para alcançar o bom controle glicêmico (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

O uso da insulina, é o tratamento mais temido pelos pacientes diabéticos, ter esse auto controle para realizar as aferições da glicemia e aplicações da insulina, é um dos grandes desafios na linha do cuidado, pois deve considerar vários fatores como analfabetismo, idade, alguma limitação física, aceitação da doença e do tratamento proposto e o principal, os ajudadores durante esse processo, pois alguns desses pacientes de Conrado, moram sozinhos, ou mesmo morando próximos à parentes, não conseguem ter essa ajuda. A finalidade da linha de cuidado do DM é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com esta doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção. Vale ressaltar que, apesar de em geral as linhas de cuidado ainda serem organizadas por doenças, é essencial que a equipe avalie seu paciente integralmente, já que comumente o diabetes mellitus está associado a outros fatores de risco/doenças (BRASIL, 2013).

DM não controlada pode provocar, a longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos epidemiológicos sustentam a hipótese de uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular, também está associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, bem como de neuropatias. Dessa forma, o DM é considerado causa de cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, responsável por gastos expressivos em saúde e substancial redução da capacidade de trabalho e expectativa de vida (SCHMIDT et al., 2011). As complicações do DM podem ser classificadas em complicações agudas (hipoglicemia, cetoacidose e coma hiperosmolar) e crônicas, como a retinopatia, a nefropatia, e a neuropatia diabéticas, devido a isso, é fundamental a detecção de retinopatia, nefropatia, neuropatia e pé diabético em tempo oportuno, com definição de responsabilidades compartilhadas entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção, para acompanhamento e seguimento do caso (BRASIL, 2013).

De acordo com Beltrame et al. (2012), ajudar as pessoas a obter conhecimentos e a controlar a sua doença é essencial para que estas desfrutem de uma vida plena e saudável e a participação da família contribui para que o diabético aceite melhor a sua nova condição frente à doença. Sabe-se que a adesão ao tratamento e mudanças nos hábitos de vida não são fáceis de serem obtidas de um dia para o outro, e que ocorrem gradativamente, para que o diabético aceite as mudanças em relação ao tratamento, é necessário que este conheça a sua patologia, as complicações e os cuidados necessários para manter o controle metabólico. E para manter um controle adequado da glicemia, é necessária adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas e a adesão ao tratamento por parte do paciente é fundamental para a eficácia dos resultados. Rossi, Pace e Hayashida (2009) acreditam que é imprescindível o apoio da família no processo do cuidado a pessoa com diabetes, a rede de apoio ou suporte social é consolidada pelos laços sociais entre as pessoas, especialmente entre os membros da família da pessoa com uma doença crônica, onde esse apoio torna-se mais importante para a pessoa aceitar sua situação e a família poder aprender a conviver com a doença.

A adesão ao tratamento é definida quando o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações preconizadas por um profissional de saúde tais como uso de medicamentos, reeducação alimentar e mudanças no estilo de vida, em pelo menos 80%. Dentro desse contexto, a equipe de saúde da família (ESF) fundamenta o trabalho em equipe interdisciplinar oportunizando o estabelecimento de vínculo entre profissionais e população de maneira longitudinal, com vistas a promoção da saúde e a autonomia destes por meio da corresponsabilização. Os profissionais da ESF atuam nos processos de saúde-doença dos usuários que cuidam, elaboram planos de cuidado e ações terapêuticas como, por exemplo, o Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado

da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário e sua elaboração deve ser conduzida por uma relação entre profissionais-pessoa-família que empodera e serve para consolidação do vínculo e comprometimento entre eles. Para a elaboração do PTS pode-se, como um dos primeiros passos, abordar a contratualidade entre as pessoas, ou seja, possibilitar que os atores sejam aceitos e reconhecidos enquanto parceiros (BRASIL, 2010).

4 Metodologia

Tipo de Pesquisa

Trata-se de um projeto de intervenção definido como uma proposta de ação feita pelo profissional para a resolução de um problema real observado em seu território de atuação buscando a melhoria das condições de saúde da população concernente ao controle adequado da glicemia dos pacientes diabéticos, buscando entender o mau controle glicêmico, as condições habitacionais desses pacientes e a convivência com demais familiares. Dentro dos fatores mencionados foi identificado a necessidade de acompanhar mais de perto esses pacientes para que assim pudesse, após identificação dos problemas, ter melhor adesão ao tratamento. A revisão da literatura foi baseada no livro de [Gusso, Lopes e Dias \(2019\)](#) e de artigos científicos e cadernos do Ministério da Saúde.

Público Alvo

Pacientes diabéticos atendidos na Unidade de Saúde da Família Conrado, no município de Miguel Pereira – RJ e seus familiares.

Ações Propostas

Levantamento de pacientes: realizar um levantamento dos pacientes com má adesão ao tratamento proposto para DM; Será realizado uma reunião com todos os profissionais da unidade, explicando o motivo do trabalho e juntos iremos realizar uma plano de ação para cada situação apresentada. Os agentes comunitários de saúde farão levantamento de todos os pacientes diabéticos e hipertensos e em conjunto com equipe de enfermagem e médico irão buscar os prontuários identificando aqueles pacientes que não estão apresentando um controle glicêmico adequado baseado no tratamento prescrito (esse monitoramento, já é realizado pela equipe).

Visita domiciliar: agendar visitas domiciliares a todos os pacientes com o objetivo de conhecer a realidade que o paciente está inserido; as visitas domiciliares irão acontecer na área de abrangência de cada agente comunitário de forma organizada e direcionada àqueles pacientes identificados por não apresentarem controle glicêmicos adequados, ou que há tempos não comparecem às consultas médicas de rotina, com a enfermeira da unidade e médico, no objetivo de conhecermos a realidade de cada paciente e de forma singular elaborar o plano terapêutico. Nesta visita será avaliado não só o paciente, mas, será realizado um diagnóstico situacional identificando a necessidade do cuidado além da abordagem familiar procurando entender como esses familiares atuam dentro dos estágios de enfrentamento desses problemas. Bem como, avaliar a alimentação consumida diariamente por cada paciente que será descrita em uma folha de acompanhamento nutricional elaborada pelo médico e/ou enfermagem, na intenção de encaminhar posteriormente ao serviço de nutrição elaborando assim uma dieta baseada na realidade de cada paciente.

Plano terapeutico singular: será realizado para cada paciente. Iremos reunir toda a

equipe da unidade básica de saúde, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontologia em parceria com psicólogo, nutrição e serviço social para passar as informações identificadas durante a visita domiciliar e definirmos qual ou quais hipótese diagnóstica desse paciente, para de fato elaborarmos a ação terapêutica mais adequada.

Na definição das metas, primeiramente ouvir o paciente com seus questionamentos ou dúvidas, procurando entender o grau de conhecimento dele em relação à doença e suas complicações e fazer entender a finalidade deste trabalho, realizando em conjunto com o mesmo as prioridades, estipulando prazo e metas a serem alcançadas. Essas prioridades, metas e prazos serão traçados pelo paciente juntamente com o médico (não excedendo 30 dias), devendo constar dentre outras o controle glicêmico diário três vezes ao dia pela equipe de saúde (médico, enfermeiro e/ou técnico de enfermagem) com registros em folha de controle glicêmico disponibilizado pela unidade, bem como monitoramento dos medicamentos orais e aplicações da insulina pela própria equipe de manhã, tarde e noite, garantindo assim o correto tratamento prescrito, e anotações das refeições diárias do paciente. O profissional irá administrar a insulina no primeiro momento e posteriormente irá observar a aplicação feita pelo próprio paciente identificando as dificuldades do mesmo, não só na técnica da aplicação, mas no condicionamento da insulina, realizando orientações para manutenção da qualidade do tratamento. Durante essa fase será realizada reunião com os familiares e será alinhado a inserção deles durante o tratamento, não só no monitoramento, mas também como colaborador nesse processo. Deixar claro ao paciente e aos familiares que a responsabilidade do trabalho é mútua, que assim como a equipe, eles terão responsabilidade assumidas por eles mesmos dentro das prioridades elencadas, se comprometendo no seu melhor para efetivação do trabalho. Sendo que ao final dos prazos estipulados por todos da equipe em conjunto com o paciente possa realizar avaliações do proposto inicialmente e comparar com os valores glicêmicos, alterações laboratoriais e acima de tudo a importância do cumprimento rigoroso do tratamento prescrito, mudança do estilo de vida desse paciente, bem como a participação dos familiares durante todo o processo, fazendo com que o paciente sinta-se melhor acolhido.

Grupos de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia)

Após levantamento de todos os pacientes diabéticos e hipertensos realizados pelos agentes comunitários de saúde, será realizado pelo médico a estratificação do risco cardiovascular, bem como identificar as comorbidades associadas para definir melhor o intervalo das consultas tanto pelo médico como pela enfermagem. Nesse trabalho inicial a prioridade será para pacientes mais vulneráveis que terão acompanhamento nutricional e deverão participar de grupos de conversas e atividades físicas dentro das condições de cada indivíduo. Posteriormente, esse acompanhamento deverá ser realizado por todos os pacientes identificados pelos agentes comunitários de saúde.

Local de desenvolvimento

| SEREM REALIZADAS | PRAZO PARA EXECUÇÃO | PELA EXECUÇÃO |
|---|---------------------|---|
| Levantamento dos pacientes hipertensos e diabéticos | 2 meses | Agente Comunitário de Saúde |
| Reunião para elaboração do plano de intervenção | 30 dias | Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Agente comunitário de saúde, Nutricionista, Psicólogo e Assistente Social. |
| Visita Domiciliar | 2 meses | Médico, Enfermeiro, Agente Comunitário de Saúde |
| Elaboração do PTS | 30 dias | Paciente e equipe multidisciplinar |
| Acompanhamento do tratamento domiciliar | 30 dias | Médico, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem |
| Criação do Hiperdia | 4 meses | Médico e Enfermeiro |

O projeto será implementado na Unidade de Saúde da Família Conrado e no domicílio dos pacientes participantes do projeto.

Cronograma

O trabalho será desenvolvido de acordo com o seguinte cronograma:

5 Resultados Esperados

Com este projeto de intervenção espera-se orientar todos os pacientes diabéticos de uma forma mais didática sobre o que é a doença, quais as complicações, tipos de tratamento e a importância do tratamento adequado e, conseqüentemente, aumentar a adesão ao tratamento. Espera-se também captar os pacientes que não estão realizando o tratamento, identificando os motivos da não adesão e conscientizar os familiares sobre a importância deles dentro deste processo de cuidar, acompanhar e participar das estratégias. Ainda, conscientizar todos os colaboradores da equipe sobre a importância do acompanhamento rigoroso desses pacientes que estão em sua área adscrita, evitando o abandono ao tratamento e o acompanhamento preciso do controle glicêmico desses pacientes, prevenindo assim complicações causadas pelo diabetes mellitus.

Referências

- BELTRAME, V. et al. A convivência com diabetes mellitus tipo 2. *Saúde Meio Ambiente*, v. 1, n. 1, p. 105–116, 2012. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Citado na página 16.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica - diabetes mellitu*: cadernos de atenção básica, n. 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2019. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 17.
- KASPER, D. et al. *Manual de Medicina de Harrison*. Porto Alegre: AMGH, 2013. Citado na página 13.
- ROSSI, V. E. C.; PACE, A. E.; HAYASHIDA, M. Apoio familiar no cuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Ciência et Praxis*, v. 2, n. 3, p. 41–46, 2009. Citado na página 15.
- SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no brasil: carga e desafios atuais: Séries saúde no brasil. *The Lancet*, p. 61–74, 2011. Citado na página 15.