



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

Andressa Ribeiro de Almeida

Adesão ao Tratamento da Diabetes Mellitus: uma proposta de intervenção para pacientes acompanhados em uma unidade básica de saúde em Barra Mansa-RJ.

Florianópolis, Março de 2023

Andressa Ribeiro de Almeida

Adesão ao Tratamento da Diabetes Mellitus: uma proposta de intervenção para pacientes acompanhados em uma unidade básica de saúde em Barra Mansa-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: Lizandra da Silva Menegon
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Andressa Ribeiro de Almeida

Adesão ao Tratamento da Diabetes Mellitus: uma proposta de intervenção para pacientes acompanhados em uma unidade básica de saúde em Barra Mansa-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

Lizandra da Silva Menegon
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: o Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome clínica com alta prevalência em âmbito mundial. Em conjunto com outras patologias, como Hipertensão Arterial Sistêmica, Dislipidemias e Obesidade é responsável por complicações micro e macrovasculares de grande impacto na morbimortalidade mundial. O Diabetes Mellitus é uma doença crônica degenerativa, com alterações metabólicas que geram como consequência a hiperglicemia. O DM2 é uma forma de Diabetes Mellitus que acontece devido ao defeito na ação e/ou secreção da insulina. O tratamento engloba intervenções não medicamentosas e o medicamentosas, porém para que ambos deem certo é necessário que o paciente tenha uma boa adesão ao tratamento, principalmente em relação aos fatores que são modificáveis. **Objetivo:** melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de pacientes com diabetes mellitus atendidos na unidade básica de saúde de Barra Mansa, RJ. **Metodologia:** esta proposta de intervenção é focada em portadores de DM2 que temos na nossa área de abrangência, quantos deles estão indo regularmente à Unidade, se os exames de glicemia em jejum e hemoglobina glicada estão em dia e se esses pacientes estão apresentando controle glicêmico adequado. Serão realizadas atividades como: busca ativa dos pacientes com DM2, salas de esperas com os temas de prevenção e promoção à saúde do diabético, consultas individualizadas com os profissionais envolvidos, como clínico geral, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e agentes de saúde para avaliar as melhores condutas não medicamentosas e medicamentosas e motivar a mudança de estilo de vida. Será disponibilizado para os pacientes as medicações gratuitamente e durante três meses, mensalmente, serão realizadas visitas domiciliares para avaliação da adesão aos tratamentos. **Resultados Esperados:** espera-se aumentar em 10% a frequência de pacientes com controle glicêmico adequado, aumentar em 15% a realização de exames de rotina (glicemia e hemoglobina glicada), e por último, espera-se aumentar em 20% por semestre o número de pacientes que frequentam a unidade básica de saúde.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento medicamentoso, Alimentos, Dieta e Nutrição, Atenção Primária à Saúde, Diabetes Mellitus Tipo 2, Diabetes Mellitus, Estilo de Vida Sedentário, Tabagismo

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
3.0.0.1	Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)	14
3.0.1	Quadro clínico e Diagnóstico	14
3.0.2	Tratamento	15
3.1	Adesão ao tratamento da Diabetes Mielittus	16
4	METODOLOGIA	19
4.1	População Alvo	19
4.2	Local	19
4.3	Etapas do Projeto	19
4.4	Recursos Necessários	21
4.5	Equipe de Trabalho	21
4.6	Cronograma	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

Este projeto será realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Siderlândia, da cidade de Barra Mansa, RJ. A Unidade atende cerca de 4.121 pessoas que vivem numa comunidade carente marcada por: uso problemático de álcool e outras drogas, tabaco e gestação na adolescência. As principais queixas recebidas pela equipe de saúde estão relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial, a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus (DM2). Atualmente são acompanhados 561 paciente hipertensos e 169 diabéticos.

O Diabetes Mellitus tornou-se um grave problema de saúde pública devido ao aumento de sua prevalência nos últimos anos e sua elevada morbimortalidade. A IDF (Federação Internacional do Diabetes) estimou que, em 2015 o número de portadores da doença em todo mundo atingiu 415 milhões de pessoas. A expectativa, de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes em sua diretriz de 2017/2018 afirma que a tendência é que o número de diabetes em 2040 será superior a 642 milhões (OLIVEIRA; JUNIOR; VENCIO, 2017). A prevalência de DM aumenta a cada ano devido à urbanização, sedentarismo, industrialização de alimentos, tabaco, alcoolismo e aumento da expectativa de vida. Fatores que na sua grande maioria podem ser modificados com uma alimentação balanceada e práticas de atividades físicas regulares, conjunto este denominado como Mudança de Estilo de Vida (MEV) (ASSOCIATION, 2019). O DM2 é uma forma de Diabetes Mellitus que acontece devido ao defeito na ação e/ou secreção da insulina. A princípio não é necessário para o controle glicêmico que seja prescrito insulina, por isso a adesão inicial do tratamento é tão importante, para que seja evitado o início da insulina exógena (VILAR, 2016).

Na referida unidade de saúde da Siderlândia, o acompanhamento dos pacientes com DM2 é feito primeiramente pela enfermagem, realizando a triagem. Essa consulta inicial engloba medidas antropométricas, aferição de PA e glicemia. Depois disso o paciente é encaminhado para a clínica geral da UBS que fica responsável pela avaliação das medidas que foram realizadas na triagem, reavaliação das medicações que estão prescritas, avaliação acerca do seguimento das paciente está seguindo as orientações alimentares que já foram realizadas e avaliação dos exames que já foram solicitados. Através dos exames, no caso de DM 2 principalmente a glicemia em jejum e a hemoglobina glicada (HbA1c) que são de fundamental importância para a conduta que será tomada a partir dos resultados dos mesmos. Após essa avaliação, os pacientes também são avaliados pela nutricionista para individualizar a estratégia alimentar e pela psicologia, para avaliar quadros de compulsão alimentar e se é necessário tratamento. Através de toda essa avaliação, podemos perceber que existem diversos usuários com problemas em relação a adesão ao tratamento. Muitos não tomam as medicações regularmente, além de não apresentarem mudanças em relação ao estilo de vida, especialmente em relação à prática de atividade física e alimentação

saudável, mantendo-se sedentários e com sobrepeso/obesidade.

Por ser uma doença com alta complexidade, o tratamento da DM2 é dispendioso e atrapalha a qualidade de vida de pacientes e familiares que estão envolvidos nos cuidados. Além disso, é considerado um importante problema de saúde pública, pois os gastos referentes ao tratamento das complicações crônicas destes pacientes são de grandes proporções (VILAR, 2016). Por isso, a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso é fundamental para melhorar o controle glicêmico, diminuir as complicações micro e macrovasculares e melhorar a qualidade de vida dos pacientes e familiares. De acordo com (BOAS; FOSS, 2011), é possível perceber que quando o paciente está mais envolvido no protocolo de tratamento medicamentoso, quando o tratamento não medicamentoso é individualizado, respeitando seu contexto de vida, o paciente fica mais estimulado e os resultados são significativamente melhores. Nesse sentido, este projeto está focado em desenvolver um conjunto de ações com vistas a melhoria da adesão ao tratamento da DM2 pelos usuários da Unidade de Saúde do Siderlândia, no município de Barra Mansa, Rio de Janeiro.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

- Desenvolver ações para melhorar a adesão de pacientes com DM2 ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar casos de DM2 na população adscrita;
- Orientar e promover tomada de consciência sobre a adesão ao tratamento de DM2;
- Propor atividades de prevenção do DM2 para a população geral;
- Monitorar os casos de DM2.

3 Revisão da Literatura

O Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome clínica com alta prevalência em âmbito mundial. É um conjunto de alterações metabólicas, com etiologias diversas, tendo por característica principal a hiperglicemia crônica, resultada por uma secreção deficiente ou ausente de insulina pelas células beta no pâncreas, resistência periférica à ação da insulina ou por ambas as causas (VILAR, 2016) (BANDEIRA, 2017).

Em conjunto com outras patologias, como Hipertensão Arterial Sistêmica, Dislipidemias e Obesidade é responsável por complicações micro e macrovasculares de grande prevalência na morbimortalidade mundial. Por ser uma doença com alta complexidade, seu tratamento é dispendioso e atrapalha a qualidade de vida de pacientes e familiares que estão envolvidos nos cuidados dos portadores do DM. Além disso, é considerado um importante problema de saúde pública, pois os gastos referentes ao tratamento das complicações crônica destes pacientes são de grandes proporções. (OLIVEIRA; JUNIOR; VENCIO, 2017) (VILAR, 2016)

O Diabetes Mellitus é uma doença crônica degenerativa, com alterações metabólicas que geram como consequência a hiperglicemia. É de grande prevalência em âmbito mundial, principalmente em países em desenvolvimento. (VILAR, 2016) Devido à fatores de risco como o estilo de vida inadequado, o processo de urbanização, o grande consumo de drogas lícitas como tabaco e álcool, bem como o aumento da sobrevivência de pacientes com estas patologias a prevalência destas doenças crônico degenerativa aumenta à cada ano, e, a expectativa, de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, é que em 2035 seja alcançado em torno de 471 milhões de diabéticos no mundo, e em 2040 será superior a 642 milhões.. (OLIVEIRA; JUNIOR; VENCIO, 2017) (MENDES, 2011)

É uma doença multifatorial, que necessita de uma visão ampla e um apoio interdisciplinar dos profissionais de saúde. Sendo importante, principalmente na atenção básica, focar em prevenção.(BOAS; FOSS, 2011) Além de ser fundamental a redução de casos de Diabetes para os pacientes, para o governo também é importante, pois os custos com o portador de DM já instalada são muito maiores do que os custos com estratégias de promoção e prevenção de saúde.(RIBEIRO, 2012)

Além da Diabetes Mellitus, é comum o paciente apresentar outras doenças crônicas degenerativas associadas, como Hipertensão Arterial Sistêmica, Obesidade e Dislipidemia, sendo, portanto, fundamental a dieta adequada e a atividade física para reduzir a morbimortalidade nestes indivíduos. (MENDES, 2011)(MORAES, 2006) (T, 2013)

CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA

A classificação atual se baseia na etiologia e não mais no tratamento. Por ser uma doença com distúrbios metabólicos que geram a hiperglicemia, podendo ser resultado de um defeito na secreção de insulina , na ação ou em ambas, aquela antiga classifica-

ção "DM insulino dependente" ou "DM insulino independente" não é válida nos dias atuais. (OLIVEIRA; JUNIOR; VENCIO, 2017) (ASSOCIATION, 2019)

Atualmente a classificação é dividida em quatro classes clínicas, de acordo com a Organização Mundial de Saúde e a Associação Americana de Diabetes: DM tipo 1 (DM1); DM tipo 2 (DM2); outros tipos específicos de DM; DM gestacional. (OLIVEIRA; JUNIOR; VENCIO, 2017) (ASSOCIATION, 2019)

Ainda há fatores de risco para desenvolvimento DM e doenças cardiovasculares que não são consideradas classes clínicas, mas que são fundamentais o acompanhamento. São dois tipos referidos como pré-diabetes: glicemia em jejum alterada e tolerância à glicose diminuída. (OLIVEIRA; JUNIOR; VENCIO, 2017)

3.0.0.1 Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)

É a forma de grande predomínio no diabetes, por volta de 90-95% dos casos. Acontece devido a defeitos na ação e/ou secreção de insulina e na regulação de glicose pelo fígado. Pode ser causada por fatores genéticos e ambientais, a medida que a idade avança este tipo torna-se mais comum, principalmente acima dos 40 anos. Entre os fatores ambientais, estão destacados o sedentarismo, as dietas inadequadas ricas em gorduras, o tabaco e o álcool. A maior parte dos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 apresentam-se sobrepeso ou obesidade. A princípio estes pacientes não dependem de insulina exógena para sobreviver, porém pode ser necessário o uso da mesma para o controle glicêmico adequado. (OLIVEIRA; JUNIOR; VENCIO, 2017) (ASSOCIATION, 2019)

3.0.1 Quadro clínico e Diagnóstico

Os sinais e sintomas clássicos do DM são poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso. Podem surgir sintomas menos característicos como: cansaço, fraqueza, sonolência, tendências à infecções, turvação visual, entre outros. Não é raro o paciente se apresentar assintomático e mesmo assim, devido à exames laboratoriais de rotina, fechar diagnóstico para DM. (OLIVEIRA; JUNIOR; VENCIO, 2017)

O diagnóstico pode ser dado através da glicemia de jejum alterada, Teste oral de tolerância à glicose 75g (TOTG 75) e mais recentemente pela Hemoglobina Glicada, exame no qual também é utilizado para seguimento dos casos. O diagnóstico de Diabetes Mellitus é confirmado quando: (OLIVEIRA; JUNIOR; VENCIO, 2017)

- Presença de sinais e sintomas clássicos, com medida casual de glicemia $> 200\text{mg/dl}$;
- Presença ou não de sinais e sintomas, com duas medidas superiores a 126 mg/dl de glicemia de jejum;
- Níveis de glicemia pós duas horas do TOTG 75g acima de 200mg/dl . É importante mencionar que este exame não pode ser utilizado para seguimento, somente para diagnóstico;

- Hemoglobina glicada (HBA1c) valores acima de 6,5% repetidos em uma segunda coleta.

3.0.2 Tratamento

É comprovado através de vários estudos que a alimentação rica em gorduras, o sedentarismo, o tabagismo e a hiperlipidemia são fatores de risco para o desenvolvimento, principalmente, em pacientes com sobrepeso do Diabetes Mellitus tipo 2. Eles em associação com outros critérios formam um conjunto de sinais e sintomas que definem a Síndrome Metabólica (SM), esta, por sua vez, assim como o DM é uma das grandes causas de complicações cardiovasculares no Brasil.([OLIVEIRA; JUNIOR; VENCIO, 2017](#)) ([PENALVA, 2008](#))([SALAROLI, 2007](#))

Houve um aumento na prevalência de DM, sobrepeso e obesidade em todo mundo após a entrada de alimentos industrializados, ricos em açúcares e gorduras. Além disso, devido às tecnologias avançadas e à urbanização, o sedentarismo aumentou de forma significativa, auxiliando neste processo de obesidade. ([OLIVEIRA; JUNIOR; VENCIO, 2017](#)) ([PENALVA, 2008](#)) ([SALAROLI, 2007](#))

Sabe-se que o surgimento do Diabetes Mellitus tipo 1 não pode ser evitado, já o DM2 é possível de redução do número de casos ou do retardamento dos mesmos com a alteração dos hábitos de vida. ([OLIVEIRA; JUNIOR; VENCIO, 2017](#))

A mudança de estilo de vida (MEV) que associa a dieta e a prática de exercícios físicos é o pilar fundamental nos casos de DM instalada, sendo conhecido como terapia não medicamentosa. É, também, primeira linha para prevenção, tanto primária (protegendo pacientes de desenvolverem o diabetes) como secundária (prevenindo complicações do quadro, agudas ou crônicas). ([OLIVEIRA; JUNIOR; VENCIO, 2017](#))

O tratamento DM para ser bem sucedido tem que contar com um apoio multidisciplinar de profissionais da área da saúde, como clínico geral, psicólogos, nutricionistas e ter como foco principal o controle metabólico, mesmo que para alcançar estas metas seja necessário lançar mão da terapia medicamentosa. ([OLIVEIRA; JUNIOR; VENCIO, 2017](#))

O tratamento medicamentoso inicial para DM2 é através dos hipoglicemiantes orais associados à MEV. Essas medicações têm por objetivo reduzir a glicemia próxima a níveis fisiológicos e possuem diferentes mecanismos de ação, sendo então divididos por classes. ([OLIVEIRA; JUNIOR; VENCIO, 2017](#)) ([VILAR, 2016](#))

O tratamento de primeira linha é com a classe denominada Biguanida, sendo seu principal representante à Metformina. Ela é responsável por diminuir a produção de glicose pelo fígado e melhorar a sensibilidade do receptor de insulina. O tratamento pode ser realizado em monoterapia ou associar outras classes medicamentosas de acordo com seu mecanismo de ação.([VILAR, 2016](#))

As metas para o controle glicêmico são variáveis e depende do quadro clínico do paciente. Para pacientes jovens, com diagnóstico recente as metas são definidas como: (OLIVEIRA; JUNIOR; VENCIO, 2017) (VILAR, 2016) (BANDEIRA, 2017) (ASSOCIATION, 2019)

- Metas glicêmicas em jovens, sem comorbidades
1. Glicemia em jejum ou préprandial 90-130mg/dL
 2. Glicemia duas horas pós prandial < 180 mg/dL
 3. HBA1c <7%

Os alvos glicêmicos menos rígidos são permitidos para pacientes idosos (maiores 65 anos) que tenham ou não comorbidades importante

- Metas glicêmicas em idosos ou pacientes com comorbidade
1. Glicemia em jejum ou préprandial <160mg/dL
 2. Glicemia duas horas pós prandial < 200 mg/dL
 3. HBA1c <8%

3.1 Adesão ao tratamento da Diabetes Mielittus

A ações realizadas na atenção básica são fundamentais para a prevenção das Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e promoção da saúde. No Brasil as DCNT são um grande problema de saúde pública, o que corresponde à 70% das causas de morte e atinge principalmente a classe média e baixa da população. As ações da Atenção Básica de prevenção e promoção são tão importantes que nos últimos anos foi observado uma redução de 20% da taxa de mortalidade por conta das DCNT. Suas ações englobam enfrentamento ao tabagismo, melhoria nutricional da população, com pilares como: o Aleitamento Materno, a redução das gorduras trans e o sal dos alimentos, a diminuição dos açúcares e carboidratos, entre outros. (SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2013)

O foco principal do enfrentamento das DCNT são em quatro grupos principais de doenças: as circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes e sua atuação está em melhorar os fatores que são considerados modificáveis, como: tabagismo, etilismo, alimentação inadequada e desnutritiva e sedentarismo. (SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2013)

O sobrepeso/ obesidade é um desses fatores modificáveis que é um fator de risco importante para DM2, e por isso é importante que tenhamos o foco preventivo e não somente curativo. As crianças devem estar envolvidas nesse processo, para que ao crescer

não se tornem adultos sedentários e obesos, é importante que o PSE (Programa Saúde na Escola) englobe esses temas de hábitos saudáveis, práticas de atividades físicas regulares, alimentação equilibrada. (SAÚDE, 2011) (SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2013)

Além disso, os grupos de tabagismo são de fundamental importância, sabemos que é difícil lidar com essa compulsão e o quão prejudicial é o tabaco para a parte circulatória, podendo piorar quadros de pé diabéticos, gerar IAM e AVC, entre outras complicações micro e macrovasculares. Estimular o Programa Academia da Saúde, que tem o apoio dos profissionais de educação física, fisioterapeutas e fazer com o que o nosso paciente seja mais ativo. (SAÚDE, 2011)

Todos esses projetos já existem na nossa rede de saúde, porém em muitos casos pela cultura brasileira a medicina curativa é muito mais disseminada e conhecida e por isso as ações de prevenção e promoção ficam em segundo plano. Porém, para que seja atingido as metas propostas de controle glicêmicos, esses pacientes têm que estar cientes de que somente o tratamento medicamentoso não é o suficiente e que os fatores modificáveis são fundamentais para que o DM2 não cause complicações micro e macrovasculares mais graves. Estudos comprovam que para que haja envolvimento e motivação desses pacientes para a mudança de estilo de vida é importante que os mesmos sejam bem orientados, por profissionais capacitados e que participe de programas intensivos para melhorar a relação com a alimentação e atividades físicas. (SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2013)

4 Metodologia

Diante do número de casos de diabetes na comunidade e da importância da adesão ao tratamento para controle da doença e prevenção de complicações futuras, a equipe da saúde decidiu desenvolver um projeto de intervenção, de caráter multidisciplinar, focado na adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus do tipo 2.

4.1 População Alvo

A população que iremos focar neste projeto são os pacientes portadores de DM2.

4.2 Local

Todas as atividades realizadas acontecerão na UBS Siderlândia, em Barra Mansa, RJ.

4.3 Etapas do Projeto

Na primeira etapa do projeto iremos realizar, com o apoio das ACS, busca ativa dos pacientes portadores de DM2 através de visitas domiciliares das agentes de saúde. A partir da busca ativa, será realizado o agendamento das consultas com o clínico geral, enfermeira, fisioterapeuta, nutricionista e psicóloga.

Na segunda etapa serão realizadas as consultas individualizadas. Porém no momento em que estiverem esperando as consultas, realizaremos salas de espera com esses profissionais, sobre os temas mais relevantes acerca da DM2, como: importância da alimentação equilibrada no tratamento do Diabetes, sedentarismo, complicações micro e macrovasculares da doença, entre outros. Essa sala de espera ocorrerá duas vezes por mês e tem por objetivo informar e educar os pacientes sobre sua patologia. Durante a consulta serão avaliados a glicemia capilar e os exames que os pacientes possuem, além disso serão solicitados a cada 6 meses os exames de hemoglobina glicada e glicemia em jejum para avaliação dos dados com o objetivo de atingir o controle glicêmico ideal. Para as metas de glicemia, utilizaremos os valores:

Metas glicêmicas em jovens, sem comorbidades

Glicemia em jejum ou préprandial 90-130mg/dL

Glicemia duas horas pós prandial < 180 mg/dL

HBA1c <7%

Os alvos glicêmicos menos rígidos são permitidos para pacientes idosos (maiores 65 anos) que tenham ou não comorbidades importante

Metas glicêmicas em idosos ou pacientes com comorbidade

Glicemia em jejum ou préprandial <160mg/dL

Glicemia duas horas pós prandial < 200 mg/dL

HBA1c <8%

Durante as consultas com os profissionais de saúde, novamente serão abordados temas de prevenção e promoção a saúde e ao Diabetes Mellitus, a ideia é que durante a consulta possam ser esclarecidos pontos fundamentais para o tratamento não medicamentoso e medicamentoso, como orientações alimentares individuais, estimular a prática de atividades físicas rotineiras, esclarecer sobre as possíveis medicações que serão utilizadas e individualizar o tratamento conforme interesse e disponibilidade para adesão do paciente e de seus familiares. Atráves de todas essas informações que serão colhidas durante o atendimento clínico, é possível que sejam prescritas as medicações que irão apresentar melhores efeitos no controle glicêmico.

Na terceira etapa será disponibilizado para os participantes do projeto, grupos mensais com fisioterapeuta, nutricionista e psicóloga para que elas possam ajudar à despertar nesses pacientes a mudança de estilo de vida, para que eles estejam mais integrados com à Unidade de Saúde, possam esclarecer pontos positivos e falhos durante o processo.

Um dos maiores problemas ou barreiras para adesão ao tratamento da DM2 na comunidade da UBS Siderlândia é que, por ser uma população carente, muitos não conseguem manter o tratamento medicamentoso, mesmo com as medicações que o SUS disponibiliza, pois não têm dinheiro do transporte para ir até à Unidade ou à farmácia Municipal todo o mês ou por falta de atenção e/ou conhecimento deixam para última hora a renovação de receita ou a busca pela medicação.

Por isso, na quarta etapa contaremos com o apoio da Secretária Municipal de Saúde, que disponibilizará todo o tratamento medicamentoso gratuito para os portadores de DM na Unidade de Saúde e disponibilizará um funcionário responsável para a entrega dessas medicações no domicílio. Iremos disponibilizar as medicações por 3 meses consecutivos, para evitar que o mesmo tenha custo com transporte mensal, e além disso, as ACS irão uma vez por mês nas casas dos pacientes para verificar se as medicações estão sendo utilizadas de forma regular, se precisam da renovação, se o armazenamento está correto, entre outros. Além de verificar as medicações, as mesmas irão conversar com o paciente e os familiares sobre o tratamento não medicamentoso, estimular a alimentação saudável e a prática de atividades físicas. Se for percebida dificuldade na adesão ao tratamento não medicamentoso ou medicamentoso durante essas visitas das ACS, as mesmas irão informar à gerente da unidade e ao médico, que irão pessoalmente avaliar a situação para tentar identificar e solucionar mais rapidamente possível.

4.4 Recursos Necessários

Será necessário como recurso materiais como: fitas para HGT, medicamentos antidiabéticos na unidade e equipamentos de informática para projeção dos temas na sala de espera.

4.5 Equipe de Trabalho

Todos os profissionais da equipe de saúde serão envolvidos no projeto, principalmente o clínico geral, enfermeira, técnica de enfermagem, ACS, nutricionista, fisioterapeuta e psicóloga, totalizando 11 trabalhadores da saúde.

4.6 Cronograma

O projeto será iniciado no primeiro semestre de 2021 e os primeiros resultados serão avaliados 6 meses após. No final de cada análise iremos, em equipe, reajustar as fragilidades para que as ações possam ser reestruturadas e as metas possam sejam atingidas com sucesso.

Cronograma de atividades	
fev/2021	Primeira reunião de equipe
mar/2021	ACS iniciam busca ativas através de visitas domiciliares
mar/2021	Agendamento para os profissionais com os pacientes DM e sala de espera com os pacientes
abr/2021	Retorno dos pacientes com os exames (glicemia e HBA1c) para avaliação
abr/2021	Reunião de equipe
mai/2021	ACS fazem busca ativa através de visitas domiciliares
jun/2021	Agendamento para os profissionais com os pacientes DM e sala de espera com os pacientes
jun/2021	Retorno dos pacientes com os exames (glicemia e HBA1c) para avaliação
jul/2021	Alimentar e analisar planilha proposta
ago/2021	Reunião de equipe
set/2021	ACS fazem busca ativa através de visitas domiciliares
out/2021	Agendamento para os profissionais com os pacientes DM e sala de espera com os pacientes
nov/2021	Retorno dos pacientes com os exames (glicemia e HBA1c) para avaliação
dez/2021	Alimentar e analisar planilha proposta e reunião de equipe para finalizar projeto

5 Resultados Esperados

Com a implantação deste projeto, espera-se que os pacientes diabéticos tenham uma maior adesão ao tratamento. Conseqüentemente, espera-se obter:

1- Aumento de 10% na frequência de pacientes que atingiram o controle glicêmico, visto que na última avaliação, realizada em janeiro de 2020, de dados podemos perceber que somente 33% dos pacientes diabéticos apresentavam um controle glicêmico adequado;

2- Aumento de 15% na realização de exames de rotina (glicemia e hemoglobina glicada) a cada 6 meses. Atualmente nossa frequência de pacientes que realizam os exames de forma sistemática é de 45%;

3- Aumento da frequência de pacientes portadores de Diabetes Mellitus que frequentam a unidade em 20% por semestre. A frequência atual do PSF é de 60%.

Como resultados secundários, este projeto poderá contribuir para:

- reduzir de gastos com internações hospitalares devido à complicações;
- frear a prevalência de sobrepeso e obesidade;
- reduzir as taxas de tabagismo e etilismo crônico;
- aumentar a prevalência de usuários que praticam atividade física regular;
- estimular o aumento no consumo de vegetais e frutas.

Referências

- ASSOCIATION, A. D. Classification and diagnosis of diabetes. *Diabetes Care* 2019, p. 513–525, 2019. Citado 4 vezes nas páginas 9, 13, 14 e 15.
- BANDEIRA, F. *Protocolos Clínicos em Endocrinologia e Diabetes*. São Paulo: Guanabara Koogan, 2017. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 15.
- BOAS, L. C. G.-V.; FOSS, M. C. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Scielo*, p. 273–273, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 13.
- MENDES, T. de A. B. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. *Scielo*, p. 1233–1243, 2011. Citado na página 13.
- MORAES, S. A. de. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006. *Scielo*, p. 929–939, 2006. Citado na página 13.
- OLIVEIRA, J. E. P. de; JUNIOR, R. M. M.; VENCIO, S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018*, p. 12–13, 2017. Citado 4 vezes nas páginas 9, 13, 14 e 15.
- PENALVA, D. Q. F. Síndrome metabólica: diagnóstico e tratamento. *Rev Med*, p. 245–250, 2008. Citado na página 15.
- RIBEIRO, G. da S. G. Custo do diabetes mellitus no sistema público de saúde brasileiro: Uma análise de políticas públicas de prevenção, educação e controle. São Paulo, n. 37, 2012. Curso de Gestão de Políticas Públicas, Universidade de São Paulo. Cap. 1. Citado na página 13.
- SALAROLI, L. B. Prevalência de síndrome metabólica em estudo de base populacional, Vitória, ES – Brasil. *Scielo*, p. 1143–1152, 2007. Citado na página 15.
- SAÚDE, M. da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL 2011-2022*. Brasília: Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília, 2011. Citado na página 16.
- SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, D. d. A. B. Ministério da Saúde. *Caderno da Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica diabetes mellitus*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- T, X. H. V. Diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. *Arq. Bras. Cardiologia*, p. 1–20, 2013. Citado na página 13.
- VILAR, L. *Endocrinologia Clínica*. São Paulo: Guanabara Koogan, 2016. Citado 4 vezes nas páginas 9, 10, 13 e 15.