

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CARLOS HENRIQUE MONTEIRO DA SILVA**

**FATORES CAUSAIS DE BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO  
EM PACIENTES DIABÉTICOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
JOSÉ BERNARDES NETO EM MACEIÓ-ALAGOAS**

**CAMPOS GERAIS, MINAS GERAIS**

**2017**

**CARLOS HENRIQUE MONTEIRO DA SILVA**

**FATORES CAUSAIS DE BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO  
EM PACIENTES DIABÉTICOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
JOSÉ BERNARDES NETO EM MACEIÓ-ALAGOAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia em Saúde da Família, Universidade Federal de Alfenas, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Rebeca dos Santos Duarte

Rosa

**CAMPOS GERAIS, MINAS GERAIS**

**2017**

**CARLOS HENRIQUE MONTEIRO DA SILVA**

**FATORES CAUSAIS DE BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO  
EM PACIENTES DIABÉTICOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
JOSÉ BERNARDES NETO EM MACEIÓ-ALAGOAS**

Banca examinadora

Profa. Rebeca dos Santos Duarte Rosa- orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 30 de janeiro de 2017.

## RESUMO

Em Maceió, no Programa Saúde da Família de ABC, existe uma alta prevalência de pacientes diabéticos que não estão controlados e que têm uma baixa adesão ao tratamento prescrito. O objetivo geral deste trabalho foi Elaborar um plano de intervenção com vistas ao aumento da adesão de pacientes com diabetes da Unidade Básica de Saúde José Bernardes Neto ABC ao seu tratamento. Foi realizada uma revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados da LILACS e SciELO, com os descritores: Diabetes Mellitus, tratamento e adesão. Também foram pesquisados manuais do Ministério da Saúde. O plano de intervenção utilizou o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme definido módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde citados por Campos; Faria; Santos (2010). O plano proposto de intervenção foi feito para o enfrentamento do Diabetes Mellitus e melhoria da adesão ao tratamento pelos pacientes.

**Palavras – chave:** Diabetes Mellitus. Tratamento. Adesão.

## **ABSTRACT**

In Maceió, at ABC PSF, there is a high prevalence of diabetic patients who are not controlled and who have a low adherence to the prescribed treatment. The general objective of this study is to identify the main factors present in the community of that influence the high prevalence of diabetic patients who do not adhere to treatment adequately. In this research a bibliographic review was carried out through the collection of data through the internet. In addition to these materials were used manuals of the Ministry of Health and interviews and meetings with the staff of the health post. The community studied was that of Maceió of the ABC team. From the results obtained, an intervention plan was developed using the Strategic Situational Planning Method (PES), as defined in the Planning and evaluation module of the health actions cited by Campos; Would make; Santos (2010). The proposed intervention plan was made to deal with Diabetes Mellitus.

**Keywords:** Diabetes Mellitus. Treatment. Adherence

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>10</b>
<b>3 OBJETIVO.....</b>	<b>11</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>12</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>13</b>
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>15</b>
6.1 Descrição do problema escolhido.....	15
6.2 Priorização dos problemas.....	15
6.3 Descrição do problema selecionado.....	16
6.4 Explicação do problema .....	16
6.5 Identificação dos "nós críticos" do problema escolhido.....	16
6.6 Desenho de Operações.....	18
6.7 Identificação dos recursos críticos .....	18
6.8 Análise de viabilidade do plano.....	19
6.9 Plano Operativo.....	20
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>22</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>23</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família de José Bernardes Neto localiza-se em Maceió, município brasileiro, capital do estado de Alagoas, situado na mesorregião do Leste Alagoano, Região Nordeste do país. Ocupa uma área de 510,655 km<sup>2</sup>, estando distantes 2 013 quilômetros de Brasília, a capital federal. É o município mais populoso de Alagoas, e sua população em 2016, estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 1 021 709 habitantes (IBGE, 2015).

As principais atividades econômicas de Maceió são baseadas no comércio, turismo, agricultura e indústria. O município é rico em sal-gema e tem um setor industrial diversificado (indústrias químicas, açucareiras e de álcool, de cimento e alimentícias), além da agricultura, pecuária e extração de gás natural e petróleo de acordo com a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (FUNDAÇÃO SEADE, 2017).

Alagoas é o quinto maior produtor nacional de cana-de-açúcar, além dos cultivos de arroz, feijão, mandioca, milho, banana, abacaxi, coco-da-baía, laranja, algodão e fumo. O estado também possui rebanhos bovinos, equinos, caprinos e ovinos. O setor industrial corresponde a 24,5% da economia tendo os seguintes seguimentos: alimentício, açúcar, álcool, têxtil, químico, cloroquímico, cimento, mineração, produção de petróleo e gás natural. O turismo é o principal elemento do setor de serviços, além de ser a atividade que mais cresce no estado. Alagoas possui 40 municípios com potencial turístico, onde os visitantes podem desfrutar de belas praias, rios e de cidades históricas (FRANCISCO, 2017).

No que diz respeito ao Sistema de Saúde, o município conta com 58 Unidades de Saúde da Família. Existe uma alta rotatividade na coordenação básica de saúde, o que prejudica o atendimento e prosseguimento das ações de atenção básica o que fere um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que é a continuidade, em consequência dessa política de rotatividade as Unidades Básicas de Saúde (UBS) vivem a beira da demanda espontânea ferindo novamente os princípios do SUS.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde atuo profissionalmente, chama-se José Bernardes Neto ABC, situa-se na zona urbana de Maceió-Alagoas, no bairro de Fernão Velho, a noroeste da cidade de Maceió e faz divisa com os bairros de Rio Novo, Santa Amélia, Chã da Jaqueira e Bebedouro. Apresenta uma população de

5.655 habitantes, área de 2,66 Km<sup>2</sup> e faz parte da Área de Preservação Ambiental (APA) do Catolé e Fernão Velho (IBGE, 2015).

O bairro tem sua arquitetura diversificada, desde construções do século XIX, a exemplo da Fábrica Carmem, datada de 1857, a construções mais atuais do bairro. Possui também residências que conservam as características tipológicas do período colonial. O bairro surgiu em meados de 1815 ao mesmo tempo do desenvolvimento de uma indústria têxtil, a Fábrica Carmem, que durante décadas ofertou à população os serviços e equipamentos urbanos necessários. (SARMENTO, 2002).

A população da comunidade pertencente ao PSF da Unidade Básica de Saúde José Bernardes Neto ABC vive como a maioria das muitas cidades do Brasil, ou seja, população pobre, com muito analfabetismo, baixa escolaridade, muito desemprego e subdesemprego, pouca qualificação profissional, crianças que abandonam cedo a escola e são exploradas com trabalho infantil, vivendo em péssimas condições de saneamento básico, o que aumenta os casos de mortalidade infantil, de doenças parasitárias, infectocontagiosas.

Com relação aos membros da equipe de saúde da família, salienta-se que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) existe, porém de forma precária, bem como todas as funções secundárias da saúde. Há falta de médicos especialistas que também é outro fator que contribui para precariedade do sistema, o que acaba recaindo invariavelmente na porta aberta do Pronto Atendimento de emergência segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2010).

A UBS José Bernardes Neto funciona em instalação inapropriada, uma casa residencial adaptada, com recepção pequena que dificulta e afasta a população aos serviços de saúde principalmente nos horários de muito movimento. Além disso, não possui área de reuniões e palestras adequadas sendo improvisadas na unidade.

Quanto aos funcionários, o número está em desacordo com o que é preconizado na relação entre o número de habitantes/ famílias para profissionais da área da saúde o que impreterivelmente contribuirá para uma falta de assistência adequada à população. Somando-se a isso, faltam, ainda, arquivo para os prontuários, carro para visitas o que impossibilita a realização de visitas domiciliares pelo médico deste serviço devido à grande área de abrangência, relevo acidentado e o clima de altas temperaturas tendo em vista ser localizada no interior do nordeste.

Acrescenta-se a este contexto uma queixa constante em relação aos serviços a nível secundário e terciário da saúde no tocante às referências e contra referências.

Durante um período de aproximadamente 30 dias de trabalho desenvolvido na unidade de saúde da família foram percebidos alguns pontos essenciais que dificultam o bom funcionamento do mesmo, ao mesmo tempo em que afastam a Unidade dos propósitos aos quais foi idealizada. Foram realizadas reuniões com a equipe de saúde para fazer o levantamento dos dados e problemas da comunidade

Assim, o diagnóstico situacional feito como atividade do Módulo de Planejamento e avaliação de ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) apontou alto índice de pessoas com diabetes na nossa Unidade de Saúde e baixa adesão ao tratamento o que foi considerado, dentre outros problemas de saúde identificados, como prioritário para investimento de toda a equipe de saúde.

## 2 JUSTIFICATIVA

O Diabetes Mellitus (DM) acomete cerca de 7% da população brasileira entre 30 e 69 anos de idade. Aproximadamente, 50% dos pacientes não sabem que são portadores da doença e 24% dos pacientes reconhecidamente portadores de DM não fazem qualquer tipo de tratamento. As complicações crônicas do diabetes mellitus são as principais responsáveis pela morbidade e mortalidade dos pacientes diabéticos (MALERBI, 1992).

Em Maceió, no PSF de ABC, existe uma alta prevalência de pacientes diabéticos que não estão controlados e que tem uma baixa adesão ao tratamento prescrito, relacionada a problemas estruturais de saúde, financeiros e sociais, além dos fatores inerentes à própria doença.

Na tentativa de se diminuir o número de internações e os altos índices de morbimortalidade provocados pelo diabetes, torna-se urgente a necessidade de propor medidas que ampliem a adesão ao tratamento da doença.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um plano de intervenção com vistas ao aumento da adesão de pacientes com diabetes da Unidade Básica de Saúde José Bernardes Neto ABC ao seu tratamento.

#### 4 METODOLOGIA

O plano de intervenção foi desenvolvido, utilizando o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme definido no módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde citados por Campos, Faria e Santos (2010). O plano proposto de intervenção foi feito para o enfrentamento do Diabetes Mellitus.

Para fundamentar o plano foi realizada uma revisão bibliográfica através do levantamento de dados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e na *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), com os descritores: diabetes mellitus , tratamento e adesão.

Foram pesquisados artigos eletrônicos em português publicados a partir de 1997.

Além destes materiais foram utilizadas manuais do Ministério da Saúde.



## 5 REVISÃO DE LITERATURA

O diabetes melito (DM) é uma doença altamente prevalente, classificada como uma epidemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A estimativa da prevalência mundial está em torno de 4,0% e, no Brasil, em 7,6% na última estimativa. Sua ocorrência vem aumentando de modo alarmante nos países em desenvolvimento, tanto em adultos quanto em adolescentes, e estima-se um aumento de 60% da prevalência na população adulta acima de 30 anos em 2025<sup>1</sup>, sendo de maior magnitude na faixa dos 45 aos 64 anos (MARASCHIN *et al.*, 2010).

O diabetes mellitus (DM) representa um desafio para os portadores, sua família e profissionais de saúde na tentativa de se conseguir controle glicêmico e metabólico adequados, a fim de diminuir as complicações em curto e longo prazo. Mudanças no estilo de vida, bem como a adesão ao tratamento medicamentoso são de fundamental importância para prevenção das complicações agudas e crônicas (FARIA *et al.*, 2013).

O DM vem ocorrendo de forma epidêmica. Estima-se que a população mundial com diabetes seja da ordem de 387 milhões e que alcance 471 milhões em 2035. Aproximadamente 80% desses indivíduos vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia atinge maior proporção e há crescente quantidade de pessoas acometidas em faixas etárias mais jovens, as quais coexistem com o problema que as doenças infecciosas ainda representam conforme o International Diabetes Federation (IDF, 2014).

A não adesão ao tratamento é um problema frequentemente enfrentado no controle do diabetes *mellitus*, na prática clínica pelos profissionais das instituições de saúde. Dessa forma, é necessário buscar estratégias de intervenções que objetivem diminuir esse quadro no enfrentamento do diabetes. (FARIA *et al.*, 2014).

A Pesquisa Nacional de Saúde – PNS, em 2013, estimou que, no Brasil, 6,2% da população com 18 anos ou mais de idade mencionaram diagnóstico médico de diabetes, sendo de 7,0% nas mulheres e de 5,4% nos homens. Em relação à escolaridade, observou-se maior taxa de diagnóstico de diabetes (9,6%) entre os indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto. Em relação à idade, as taxas variaram de 0,6% para a faixa etária de 18 a 29 anos a 19,9% para a de 65 a 74 anos. Não foram verificados resultados estatisticamente distintos entre brancos, pretos e pardos (IBGE, 2014).

O DM é de natureza crônica e implica em graves complicações e os meios necessários para controlá-las tornam o DM uma doença muito dispendiosa não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, mas também para o sistema de saúde. Os custos do DM afetam o indivíduo, a família e a sociedade, porém não são apenas econômicos. Os custos intangíveis (p. ex., dor, ansiedade, inconveniência e perda de qualidade de vida) também apresentam grande impacto na vida das pessoas com diabetes e seus familiares, o que é difícil de quantificar (WHO, 2002).

O profissional deve rever prioridades, monitorar a adesão, estimular a participação e reforçar o empenho do paciente no manejo do autocuidado. Mesmo quando há mudanças comportamentais e adesão ao tratamento medicamentoso, manter o controle metabólico por longo tempo é difícil porque depende de uma variedade de componentes complexos que envolvem o tratamento do diabetes. A não adesão ao tratamento do diabetes *mellitus* é um problema conhecido no cenário nacional e internacional, pois prejudica a resposta fisiológica à doença, a relação profissional-paciente, aumenta o custo direto e indireto do tratamento (FARIA et al., 2013).

O profissional da saúde deve focar na prevenção efetiva também significa mais atenção à saúde de modo eficaz. Isso pode ocorrer mediante prevenção do início do DM (prevenção primária) ou de suas complicações agudas ou crônicas (prevenção secundária) (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Os fatores envolvidos na adesão incluem: acessibilidade e disponibilidade do medicamento nos serviços de saúde, dados sócio demográficos do usuário, aceitabilidade do medicamento, sensação de perda de controle sobre seu corpo, atitudes familiares e de amigos, isolamento social, relação entre usuário e profissional de saúde, esquema terapêutico, cronicidade, ausência de sintomas, tempo de diagnóstico, conhecimento e compreensão da doença e do tratamento (FARIA et al. , 2014).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Conforme dito anteriormente, este plano se baseou no PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

### 6.1 Descrição do problema escolhido

Este trabalho foi baseado nos problemas mais evidentes relacionados à saúde observados na Unidade Básica de Saúde do ABC no município de Maceió em Alagoas.

Após uma reunião com a equipe de saúde foi possível fazer o levantamento dos problemas da comunidade, chegando a uma conclusão que um dos problemas mais incidentes no processo saúde – doença e que necessita de intervenção, é a alta prevalência de pacientes diabéticos que não aderiram ao tratamento ou o fazem inadequadamente. Outros fatores que estão presentes e que influenciam a ocorrência desse processo é o alto índice de analfabetismo, falta de estrutura adequada dos serviços de saúde, falta de informação sobre as complicações da doença, entre outros.

### 6.2 Priorização dos Problemas

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade ABC no município de Maceió em Alagoas, 2016.

<b>Comunidade de Fernão Velho – Equipe de ABC Priorização dos Problemas</b>				
<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência*</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Diabéticos em uso irregular das medicações	Alta	7	Parcial	1
Falta de estrutura dos serviços de saúde	Alta	5	Fora	2
Alto índice de internação devido a Diabetes	Alta	5	Parcial	2
Analfabetismo	Alta	3	Fora	3

Total de pontos distribuídos: 20

A situação dos pacientes diabéticos encontra-se descrita no Quadro 2.

### 6.3 Descrição do problema selecionado

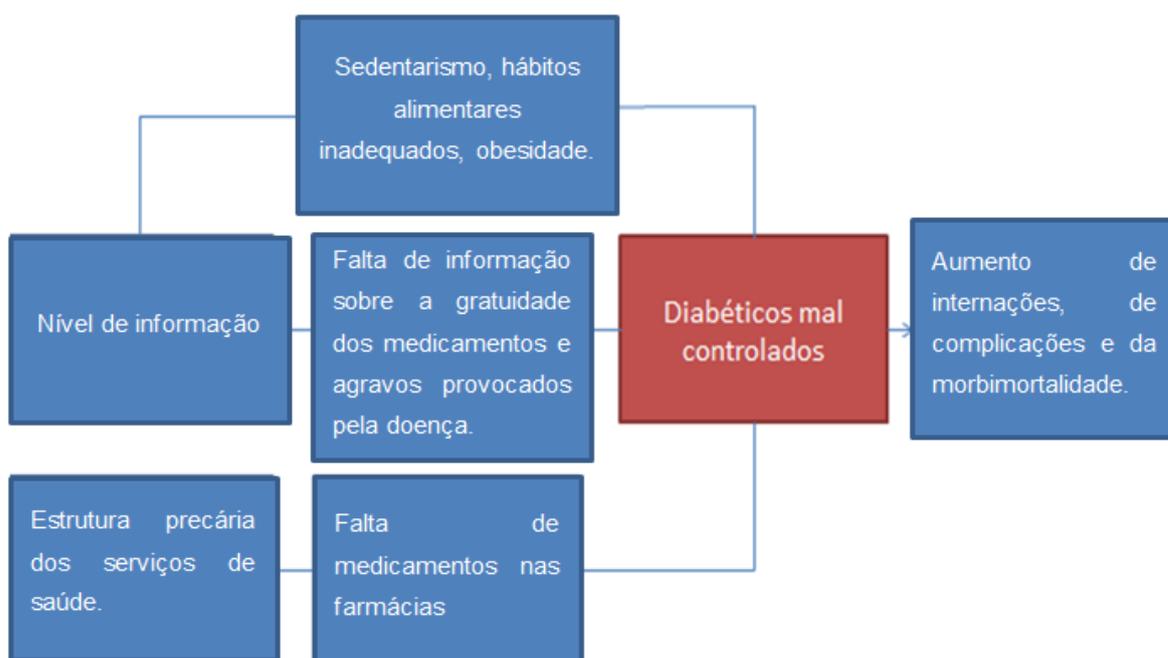
Quadro 2: situação dos pacientes diabéticos da comunidade ABC

População	Número de pacientes	Fontes
Diabéticos acompanhados	82	Registro da equipe
Diabéticos cadastrados	82	Registro da equipe
Diabéticos controlados	28	Registro da equipe

Na Figura 1 encontra-se a configuração das possíveis causas que interferem na DM dos pacientes .

### 6.4 Explicação do problema

Figura 1: possíveis causas que interferem na vida dos pacientes com DM



## 6.5 Identificação dos "nós críticos" do problema escolhido.

Os nós -críticos diretamente relacionados a saúde em si mais prevalentes, latentes e de difíceis controles encontrados na população são problemas relacionados a diabetes suas causas/consequências:

Analfabetismo;

Processo do Trabalho de Saúde da família inadequado.

Estrutura dos Serviços de Saúde inadequada

Uma série de erros e descasos interligados ocorrem diariamente que culminam invariavelmente em outro nó principal que venha a ser o planejamento, ou melhor, a falta dele, impedindo desta feita o planejamento das ações e acompanhamentos direcionados aos mais variados grupos (DM, HAS, idosos, gestantes, rastreio de CA de mama e útero, pessoas especiais, dentre outros).

O processo desse serviço começa com falta de organização dos prontuários médicos, um pilar para qualquer tipo de serviço de saúde que sem ele não se pode ter uma mínima sequência de atendimento, formação de raciocínio lógico, acompanhamento do processo saúde-doença, não permitindo o mínimo controle das doenças crônicas, de dados epidemiológicos.

Há ainda, falta de agentes de saúde e descompromisso deles com a população tendo como consequência a impossibilidade de percorrer toda a área para a realização de visitas diárias. A falta de transporte para visitas domiciliares tem como desdobramento a falta de cobertura e assistência aos mais necessitados e cada vez mais um afastamento da população. Dados incorretos ou incompletos na adscrição da clientela leva a falta de dados impossibilitando o rastreio/acompanhamento dos pacientes, o desconhecimento do quantitativo e das características da população gerando o não direcionamento das atividades.

## 6.6 Desenho de Operações

Quadro 3: Desenho das operações

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Necessários
Analfabetismo	<p><b>Saber +</b></p> <p>Aumentar o nível de instrução dos pacientes e dos cuidadores;</p> <p>Usar recursos mais explicativos para facilitar o entendimento das prescrições médicas.</p>	<p>Pacientes e familiares com melhor nível de instrução dos para facilitar o entendimento das prescrições.</p>	<p>Programa de educação e capacitação de cuidadores</p>	<p>Cognitivo-conhecimento; Político - + parceria com o setor da Educação</p>
Estrutura dos Serviços de Saúde inadequada	<p><b>Cuidar melhor</b></p> <p>Melhorar a oferta de medicações de hipertensos e diabéticos;</p> <p>Informar aos pacientes acerca da gratuidade das medicações para hipertensão e diabetes.</p>	<p>Garantia de medicamentos;</p> <p>Pacientes Informados acerca da gratuidade dos medicamentos</p>	<p>Compra de medicamentos</p> <p>Gestão de recursos.</p> <p>Educação em saúde</p>	<p>Financeiros - aumento da oferta de medicamentos</p> <p>Políticos - decisão de recursos para estruturar as farmácias do governo;</p> <p>Cognitivos-estratégias de acesso as medicações.</p>

Processo do Trabalho de Saúde da família inadequado	<b>Linha de cuidado</b> Acompanhar se os pacientes estão fazendo uso adequado das medicações.	Uso correto das medicações	Capacitação, gestão, orientação e acompanhamento.	Cognitivo – elaborar um plano de acompanhamento efetivo dos pacientes crônicos;  Político – adesão dos profissionais.
---	--	----------------------------	---	---

### 6.7 Identificação dos recursos críticos

No Quadro 4 estão apresentados os recursos necessários para implementação das ações propostas.

<b>Operação/ Projeto</b>	
<b>Saber +</b>	Político > parceria com o setor da Educação; Cognitivos > conhecimento;
<b>Cuidar melhor</b>	Políticos > decisão de recursos para estruturar os serviços; Financeiros > aumento da oferta de medicamentos; Cognitivos > aumentar a informação da gratuidade.
<b>Linha de cuidado</b>	Políticos > adesão dos profissionais; Cognitivos > plano de acompanhamento efetivo dos pacientes crônicos.

### 6.8 Análise de viabilidade do plano

No Quadro 5 encontram descrita a viabilidade das ações propostas no plano de intervenção.

Quadro 5: Operações, recursos e profissional responsável pelas ações

<b>Operações/Projetos</b>	<b>Recursos Críticos</b>	<b>Controle de recursos críticos</b>	<b>Ação estratégicas</b>
		<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>
<p><b>Saber +</b></p> <p>Aumentar o nível de instrução dos pacientes e dos cuidadores;</p> <p>Usar recursos mais explicativos para facilitar o entendimento das prescrições médicas.</p>	<p>Político &gt; parceria com o setor da Educação;</p>	<p>Secretaria de Educação</p>	<p>Favorável</p>
<p><b>Cuidar melhor</b></p> <p>Melhorar a oferta de medicações de hipertensos e diabéticos;</p>	<p>Políticos &gt; decisão de recursos para estruturar os serviços</p> <p>Financeiros &gt; aumento da oferta de medicamentos</p>	<p>Prefeito municipal</p> <p>Secretário de Saúde</p> <p>Secretário municipal de saúde</p> <p>Fundo nacional de saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Indiferente</p> <p>Apresentar projeto de melhoria ao acesso às medicações</p>
<p><b>Linha de cuidado</b></p> <p>Acompanhar se os pacientes estão fazendo uso adequado das medicações.</p>	<p>Políticos &gt; adesão dos profissionais.</p>	<p>Secretário municipal de Saúde</p>	<p>Favorável</p>

## 6.9 Plano Operativo

Quadro 6 - Plano operativo com respectivos resultados, produtos e prazos de operacionalização dos projetos.

Operações/ Projetos	Resultados Esperados	Proendemias e Epidemias	Ações Estratégicas	Prazo
<p><b>Saber +</b></p> <p>Aumentar o nível de instrução dos pacientes e dos cuidadores;</p> <p>Usar recursos mais explicativos para facilitar o entendimento das prescrições médicas.</p>	<p>Melhorar o nível de instrução dos pacientes e familiares para facilitar o entendimento das prescrições.</p>	<p>Avaliação do nível de instrução da população;</p> <p>Capacitação ACS e dos cuidadores.</p>		<p>Início em 03 meses e término em 12 meses</p>
<p><b>Cuidar melhor</b></p> <p>Melhorar a oferta de medicações de hipertensos e diabéticos;</p>	<p>Garantia de medicamentos</p> <p>Informação.</p>	<p>Contratação de compra de medicamentos.</p>	<p>Apresentar projeto de melhoria ao acesso às medicações</p>	<p>Início em 02 meses para apresentação do projeto e 06 meses para apresentação dos recursos</p>
<p><b>Linha de cuidado</b></p>	<p>Uso correto das medicações</p>	<p>Gestão da linha de cuidado</p>		<p>Início em 03 meses com finalização em 12</p>

Acompanhar se os pacientes estão fazendo uso adequado das medicações.				meses.
---	--	--	--	--------

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verifica-se primeiro que a realidade da maioria das UBS falta o básico: agentes de saúde, visitas domiciliares e estrutura física. Não basta se ter toda a teoria, novos pensamentos, visões compactuadas interdisciplinares. Portanto não poderia ser diferente: as doenças crônicas como diabetes predominam assustadoramente como nós-principais de difíceis soluções uma vez que são doenças sistêmicas, relacionadas a hábitos de vida, que demandam tratamento multidisciplinar.

Sendo assim, percebe-se que se não houver os requisitos fundamentais sempre continuarão existindo essa distância quilométrica entre o papel e a realidade do SUS.

Espera-se que as ações propostas na nossa Unidade de Saúde possibilitem maior adesão dos pacientes com diabetes ao tratamento e assim obtenham melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional.** Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: maio. 2016;

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2015-2016). MILECH, Adolfo... et. al.]. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>. Acesso em 18 de janeiro de 2017

FARIA HTG, et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm.** v.26, n.3. p.231-7, 2013

FARIA HTG et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP.** v.48, n. 2, p.257-63, 2014

FRANCISCO, Wagner de Cerqueira. A economia de Alagoas. **Brasil Escola.** Disponível em <<http://brasilecola.uol.com.br/brasil/a-economia-alagoas.htm>>. Acesso em 14 de janeiro de 2017;

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS -SEADE. **Indicadores Socioeconomicos de Alagoas.** Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/indicad\\_al.pdf](http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/indicad_al.pdf). Acesso em 14 de janeiro de 2017;

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- **IBGE****cidades** 2015. Disponível em: [www.cidades.ibge.gov.br](http://www.cidades.ibge.gov.br)

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF) **Diabetes Atlas.** 6. ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2014. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetesatlas>>. Acesso em: 19 de janeiro de 2017;

MALERBI, F. L.J. and the Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. **Diabetes Care** v.15, n.1,p .509-16, 1992

MARASCHIN, J.F.; et al Classificação do Diabete Mellito. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo , v. 95, n. 2, p. 40-46, . 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010001200025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001200025). Acesso em 16/01/2017;

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil.** Atlas do Desenvolvimento Humano. 2010. Disponível em: <http://www.undp.org/content/brazil/pt/home/>. Acesso em 13 de dezembro de 2016;

SARMENTO, I. **Recuperação dos Espaços Públicos e Edifícios Históricos do núcleo central de Fernão Velho.** 2002. Relatório de Pré-Qualificação (Trabalho Final de Graduação) – Centro de Tecnologia, Curso de Arquitetura e Urbanismo – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2002

WORLD HEALTH OORGANIZATION (WHO). **Diabetes:** the cost of diabetes. WHO fact sheet. 2002 sep, n. 236.