

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

NATÁLIA VAZ DE OLIVEIRA

ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS

GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS

2014

NATÁLIA VAZ DE OLIVEIRA

ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS

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

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS

2014

NATÁLIA VAZ DE OLIVEIRA

ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS

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

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

Banca examinadora:

Prof. Edison José Corrêa - Orientador

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte 19 de julho de 2014

GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS

2014

Algumas pessoas marcam a nossa vida para sempre; umas porque vão nos ajudando na construção, outras porque nos apresentam projetos de sonhos e outras ainda porque nos desafiam a construí-los. Dedico esse trabalho a todos aqueles que me apoiaram e me desafiaram de algum modo na construção desse sonho, para a evolução deste projeto e para a conclusão desse curso. Em especial, à minha família que amo muito.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me guiado rumo a essa profissão tão gratificante, pelas dificuldades superadas e pela sabedoria no decorrer de toda minha vida.

Aos meus pais, pelo incentivo constante em prol do meu crescimento profissional e por sempre me deixarem ir atrás dos meus sonhos e pela dedicação que só pessoas iluminadas como eles possuem.

Aos meus irmãos, minha força, meu refúgio. Por estarem sempre ao meu lado, incentivando-me na concretização de meus sonhos.

Ao meu orientador Prof. Edison José Corrêa, pelo incentivo, confiança, competência e conhecimentos transmitidos. E por ter me mostrado que não importa o tempo, os obstáculos, as dificuldades ou à distância, nunca devemos desistir de realizar nossos sonhos e correr atrás dos nossos objetivos.

Agradeço a todos que de alguma maneira contribuíram para a realização deste trabalho.

“Ando devagar porque já tive pressa e levo esse sorriso porque já chorei demais, hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe, só levo a certeza de que muito pouco eu sei, eu nada sei [...]. Todo mundo ama um dia, todo mundo chora, um dia a gente chega e outro a gente vai embora, cada um de nós compõe a sua história, cada ser em si carrega o dom de ser capaz, de ser feliz.”

Almir Satter

RESUMO

O diabetes mellitus é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência vem crescendo mundialmente e está relacionada em grande parte ao processo de envelhecimento populacional. A falta de adesão ao tratamento medicamentoso ou terapêutico é um desafio enfrentado pelos profissionais de saúde que atuam na atenção primária à saúde em nosso país. O objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de intervenção para uma melhor adesão dos pacientes idosos ao controle e tratamento do diabetes mellitus na Unidade Básica de Saúde do bairro Ana Rita, em Timóteo/Minas Gerais. Este trabalho teve como base uma revisão narrativa da literatura. Foi realizado por meio de levantamento bibliográfico utilizando bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde. Foi feita uma leitura criteriosa e objetiva dos artigos, destacando-se os trechos que poderiam corresponder à apresentação de uma base conceitual de suporte ao plano operativo pretendido. A partir do estudo foi possível conhecer os fatores que influenciam a não adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos idosos são: hábitos e estilo de vida inadequado, baixo nível de informação acerca do diabetes mellitus, assistência inadequada ao paciente idoso diabético; família sem preparação para o cuidado, devido à falta de conhecimento, problema financeiro para adquirir os medicamentos, efeitos colaterais causados pela medicação, dentre outros. Para elaboração do plano de intervenção foram utilizados os conceitos relativos ao Planejamento Estratégico em Saúde, conforme apresentado no módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde. Espera-se que a partir da implantação do plano de ação, haja um aumento do número de idosos diabéticos na adesão ao tratamento de modo adequado. Para isso, os profissionais de saúde necessitam de ter um conhecimento avançado sobre o controle, a prevenção e as complicações da doença, sendo responsáveis por propiciar condições favoráveis ao processo de aquisição de conhecimentos e possíveis mudanças comportamentais por parte do indivíduo diabético.

Palavras-chave: Saúde da família. Atenção Primária a Saúde. Diabetes mellitus. Saúde do idoso.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a serious public health problem in Brazil and worldwide. Its prevalence is increasing worldwide and is related largely to the population aging process. The non-adherence to drug or therapeutic treatment is a challenge faced by healthcare professionals working in primary health care in our country.

The objective of this work was develop and present an action plan for better adherence of elderly patients to the control and treatment of diabetes mellitus in the Health Unit 's Ana Rita district, Timoteo/Minas Gerais. This work was based on a narrative review of the literature. It was conducted through a literature review using computerized databases of the Virtual Health Library. A careful and objective reading of the articles was made, especially the sections which correspond to the presentation of a conceptual basis to the desired operating plan. From the study it was possible to know the factors that influence the non-adherence to treatment of elderly diabetic patients are: habits and improper lifestyle, low level of information about diabetes mellitus, inadequate assistance to the elderly diabetic patient; family unprepared for care due to lack of knowledge, financial problem to acquire the drugs, side effects of medication, among others. Concepts related to the Strategic Health Planning were used to develop the contingency plan, as shown in the "planning of health actions" module. It is expected that after the action plan implementation, there is an increase in the number of elderly diabetics on treatment adherence in an appropriately. For this, health professionals need to have an advanced knowledge of the control, prevention and complications of the disease, being responsible for providing favorable conditions for knowledge acquisition process and possible behavioral changes on the part of the diabetic individual.

Key words: Family health. Primary health care.. Diabetes mellitus. Health of the elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF do Ana Rita, Timóteo/MG, 2014.	29
Quadro 2 – Descritores do problema “a baixa adesão dos idosos ao tratamento do <i>diabetes mellitus</i> ”.	29
Quadro 3 – Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “baixa adesão dos idosos ao tratamento do diabetes mellitus. Nó crítico 1: Hábitos e estilo de vida inadequados	33
Quadro 4 – Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “baixa adesão dos idosos ao tratamento do diabetes mellitus. Nó crítico 2: Baixo nível de informação acerca do diabetes mellitus	34
Quadro 5 - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “baixa adesão dos idosos ao tratamento do <i>diabetes mellitus</i> ”. Nó crítico 3: Assistência inadequada ao paciente idoso diabético.	35
Quadro 6 - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “a baixa adesão dos idosos ao tratamento do <i>diabetes mellitus</i> ”. Nó crítico 4: Família sem preparação para o cuidado, devido a falta de conhecimento	36
Quadro 7 - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “a baixa adesão dos idosos ao tratamento do <i>diabetes mellitus</i> ” . Nó crítico 5: Estrutura dos serviços de saúde deficiente	37
Quadro 8 - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “baixa adesão dos idosos ao tratamento do <i>diabetes mellitus</i> ”. Nó crítico 6: Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado	38

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes mellitus
DMID	Diabetes mellitus insulino dependente
DMNID	Diabetes mellitus insulino-não dependente
DST/AIDS	Doenças sexualmente transmissíveis/acquired immune deficiency syndrome (síndrome da imunodeficiência adquirida)
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAST	Fundo de Ação Social de Timóteo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PES	Planejamento Estratégico em Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMARIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	JUSTIFICATIVA.....	1616
3	OBJETIVOS.....	177
	3.1 Geral.....	177
	3.2 Específicos.....	177
4	METODOLOGIA.....	188
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	199
	5.1 Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família.....	1919
	5.2 Diabetes mellitus.....	21
	5.3 Fatores que influenciam na adesão ou não adesão aos cuidados de promoção, prevenção e tratamento.....	24
6	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	27
	6.1 Diagnóstico situacional da Equipe de Saúde do bairro Ana Rita.....	28
	6.1.1 Primeiro passo: definição dos problemas.....	28
	6.1.2 Segundo passo: priorização de problemas.....	28
	6.1.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado.....	29
	6.1.4 Quarto passo: explicação do problema.....	30
	6.1.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”.....	30
	6.1.6 Sexto passo: desenho das operações.....	31
	6.1.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos.....	31
	6.1.8 Oitavo passo: análise de viabilidade do plano.....	31
	6.1.9 Nono passo: elaboração do plano operativo.....	32
	6.1.10 Décimo passo: gestão do plano.....	32
	6.2 Plano de intervenção segundo ações relativas aos nós críticos.....	32
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
	REFERÊNCIAS.....	401

1 INTRODUÇÃO

Timóteo é um município brasileiro localizado no interior do estado de Minas Gerais. Pertencente à mesorregião do Vale do Rio Doce e microrregião de Ipatinga, localiza-se a nordeste da capital do estado, distando-se desta 216 quilômetros. A população era de 81.243 habitantes, em 2010, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), classificando-se como o quadragésimo município mais populoso do estado de Minas Gerais e o terceiro de sua microrregião (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014). A cidade é banhada pelo rio Piracicaba e está localizada próximo ao encontro desse rio com o Rio Doce (PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMÓTEO, 2012).

A história mais conhecida da cidade de Timóteo é que o nome seja uma homenagem ao tropeiro Manoel Timóteo, um conhecido comerciante da região que abriu uma vendinha nas proximidades da mineração de ouro, justamente onde se localiza a cidade de Timóteo, hoje. Quando algum escravo conseguia fugir até a vendinha, dizia para seu parceiro, que tinha ido no “Timóteo”, nascendo aí o nome do lugar. A cidade foi emancipada de Coronel Fabriciano na década de 1960 (PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMÓTEO, 2012).

Em Timóteo, no bairro Macuco, em 1999, foi inserida a primeira equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) e antigo Fundo de Ação Social de Timóteo (FAST) foi substituído por unidades básicas de saúde e equipes de ESF, em 2001. Nesse ano foram implantadas mais oito equipes nos bairros (Cachoeira do Vale, Primavera, João XXIII, Ana Moura e Alegre). Mais duas equipes foram implantadas em 2003 (Novo Tempo e Limoeiro), no ano seguinte uma equipe no bairro Recanto Verde e, por fim, mais três equipes em 2009 (Ana Rita, Quitandinha e Bela Vista). A implantação das equipes de ESF no município mudou a lógica do atendimento, com o fim das filas de espera e com a instituição da busca ativa dos usuários.

A rede de atenção primária à saúde do município é composta atualmente por 16 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 16 equipes de Saúde da Família em funcionamento.

A equipe de ESF do bairro Ana Rita, da qual faz parte a autora, é dividida em sete microáreas. É formada por um médico clínico geral, duas enfermeiras, sendo uma pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS).

Entre as atividades desenvolvidas na ESF, destacam-se a atenção à saúde da mulher – pré-natal (apoio a gestantes), coleta de exame citopatológico (prevenção de câncer de mama e exame ginecológico), a atenção à saúde da criança – puericultura (acompanhamento do crescimento/desenvolvimento das crianças), atenção à saúde do adulto e do idoso - programa Hiperdia (controle de hipertensos e diabéticos), as visitas domiciliares, o controle de peso (acompanhamento dos pacientes obesos), a consulta de enfermagem e médica, os grupos operativos, a coleta de material para exames, a realização de curativos e nebulizações, a dispensação de medicamentos, a autorização e marcação de exames, a marcação de consultas especializadas, a avaliação e encaminhamento para urgência e emergência, o controle de tuberculose, hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis/acquired immune deficiency syndrome -- síndrome da imunodeficiência adquirida (DST/AIDS), o acompanhamento de desnutridos, o planejamento familiar, entre outros.

Os diabéticos cadastrados têm sua glicemia aferida durante as visitas domiciliares dos profissionais de saúde, nas consultas de enfermagem, médica e na demanda espontânea da ESF.

A Estratégia Saúde da Família do Ana Rita atende à população presente na área de abrangência do bairro. A sede foi inaugurada no dia 13 de Abril de 2009, na Rua Holanda, nº 100. A partir dia 13 de setembro de 2012, a mesma mudou para a Rua Suécia, nº 15, esquina com a Rua Itália, CEP: 35180-000. A Unidade Básica de Saúde (UBS) dessa equipe está inserida em um local que possui via urbana e é acessível aos ônibus. A UBS abrange uma população de 3.809 habitantes, dos quais 1203 (31,58%) são portadores de *Diabetes mellitus* (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2012).

Foi realizado um diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe da ESF do bairro Ana Rita, com o objetivo de compreender o perfil e as principais demandas da comunidade assistida, na área da saúde.

Diante dos resultados levantados pela equipe, observou-se que muitos problemas estavam relacionados a fatores sociais, econômicos e políticos. Vários foram os problemas visualizados pelo diagnóstico e, entre eles, a hipertensão e a diabetes como doenças predominantes na população, principalmente na faixa etária acima de 60 anos.

O *diabetes mellitus* (DM) foi o problema escolhido como prioritário para propor um plano de ação, pois, ao desenvolver o diagnóstico, observou-se que o número de pacientes idosos diabéticos na área de abrangência do bairro Ana Rita era muito grande e, constantemente, novos casos dessa doença aparecem nessa unidade. Além disso, ela apresenta muitas consequências sociais e físicas para o doente e seus familiares.

O manejo dessa doença envolve também o cuidado de outros problemas de saúde pública muito frequente e relacionados tanto desencadeamento da doença quanto ao controle de fatores de risco associadas à mesma: sedentarismo, obesidade, alimentação inadequada, hipertensão arterial e tabagismo (BRASIL, 2006).

A prevalência do diabetes vem crescendo mundialmente e está relacionada em grande parte ao processo de envelhecimento populacional (SCHMIDT *et al.*, 2009).

No Brasil o crescimento da população idosa, de acordo com Tannure (2010) tem ocorrido de forma acelerada. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o país será o sexto do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas. Essa situação de envelhecimento da população brasileira é produto de mudanças, que vem acontecendo de maneira muito rápida nas três últimas décadas, em todo o mundo – transição demográfica, decorrentes da redução da mortalidade infantil e da mortalidade geral, entre outros, levando ao aumento de proporção de adultos e idosos, ou seja, uma população envelhecida, com declínio acentuado da taxa de fecundidade (TANNURE, 2010).

Observa-se a dificuldade na manutenção no controle do diabetes *mellitus* nos pacientes pode estar relacionada à falta de adesão ao tratamento.

Dessa forma, é importante a avaliação dos fatores envolvidos nessa dificuldade, para uma adequada programação de ações voltadas para abordar esse problema na ESF do Ana Rita.

2 JUSTIFICATIVA

O *diabetes mellitus* (DM) ocupa um lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica, que tem resultado em uma predominância dos agravos crônicos não transmissíveis como principal causa de morbimortalidade da população. Segundo dados colhidos do Sistema de Informação de Atenção Básica em 2012 existiam na área de abrangência 1.203 pessoas cadastradas com diabetes, mas somente 651 (54%) eram acompanhadas na unidade de saúde. Do total cadastrado, 235 são idosos com DM e somente 24% desta população faz acompanhamento na UBS.

Pode-se observar, com os demais profissionais da ESF, que um dos maiores desafios encontrados na população adscrita foi a dificuldade de controlar o nível glicêmico e que a não adesão do paciente diabético ao tratamento pode resultar em grande prejuízo à saúde do paciente, com sequelas irreparáveis e até mesmo a morte.

Assim, verifica-se a necessidade de se realizar um trabalho de conscientização do paciente diabético idoso, sobre a importância da adesão ao tratamento prescrito, proporcionando-lhe uma melhor qualidade de vida. Dessa forma justifica-se esse trabalho na proposição de ações para melhor adesão dos pacientes idosos ao controle e tratamento da *diabetes mellitus* na Unidade de Saúde do bairro Ana Rita, em Timóteo/Minas Gerais, focando-se no grupo de idosos, caracterizados como as pessoas com idade de 60 anos ou mais.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um plano de intervenção para uma melhor adesão dos pacientes idosos ao controle e tratamento do diabetes mellitus na Unidade de Saúde do bairro Ana Rita, em Timóteo/Minas Gerais.

3.1 Específicos

Realizar uma revisão bibliográfica narrativa acerca do tema *diabetes mellitus* com foco nos conceitos básicos e nos fatores que levam, ou não, à aderência ao tratamento na atenção primária à saúde, tendo como contexto a Estratégia de Saúde da Família.

Identificar os passos do planejamento estratégico em saúde, com caracterização de nós críticos relacionados ao problema prioritário.

Apresentar o desenho das operações para os “nós críticos” do problema “baixa adesão dos idosos ao tratamento do *diabetes mellitus*”.

4 METODOLOGIA

Este trabalho teve como base uma revisão narrativa da literatura, visando identificar as principais dificuldades para adesão ao tratamento do diabetes *mellitus*. A revisão narrativa ou tradicional apresenta uma temática mais aberta, dificilmente parte de uma questão de pesquisa bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção, a busca das fontes não é pré-determinada, sendo frequentemente menos abrangente (ROTHER, 2007).

Inicialmente, foi realizado um levantamento de artigos, monografias, teses e dissertações nacionais na internet (banco de dados), Biblioteca Virtual do NESCON, artigos científicos publicados em periódicos utilizando as palavras-chave – descritores em ciências da saúde – “saúde da família”, “atenção primária a saúde”, “*diabetes mellitus*”, “saúde do idoso”. Para a seleção das publicações foi elegido o período de publicação de 2000 a 2012 e o idioma português.

Cada artigo foi submetido à leitura para avaliação do conteúdo e para verificar se possuíam elementos que serviriam de base para análise conceitual pretendida. Posteriormente, realizou uma leitura criteriosa e objetiva dos artigos que constituíram as referências deste trabalho, destacando-se, durante a leitura, os trechos que poderiam corresponder à apresentação de uma base conceitual de suporte ao plano operativo pretendido.

Para elaboração do plano de intervenção foram utilizados os conceitos relativos ao Planejamento Estratégico em Saúde (PES), conforme apresentado no módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

Como apoio à elaboração do texto e normalização bibliográfica foi utilizado o módulo de Introdução à metodologia: textos científicos (CORREA, VASCONCELOS e SOUZA, 2013).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Serão abordados, nessa parte, os conteúdos fundamentais que conceituam aspectos ligados ao tema desse trabalho:

- Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família
- *Diabetes mellitus*
- Fatores que influenciam na adesão ou não adesão aos cuidados de promoção, prevenção e tratamento

5.1 Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família

A Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica à Saúde (ABS) é o primeiro nível de contato, a porta de entrada dos indivíduos, das famílias e da comunidade no sistema de atenção à saúde. Na rede pública, o contato para os portadores de DM é a Unidade Básica de Saúde (UBS), que está estruturada de acordo com a Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF, criada em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), tem como principal propósito reorganizar a prática da atenção básica à saúde e substituir o modelo tradicional de assistência, priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. O atendimento é oferecido na UBS e no domicílio pelos profissionais da saúde que compõem as equipes de Saúde da Família. Esses profissionais e a população assistida criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação dos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 1993 *apud* ASSUNÇÃO e URSINE, 2008).

A organização da equipe de saúde da família é constituída por médico, enfermeiro, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Segundo Araújo e Assunção (2004), os ACS são os principais instrumentos para a consolidação do PSF, por trabalhar com a família, em uma área adstrita e ter acesso ao modo de vida dessa população.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p. 43) registra as atribuições específicas a cada profissional da equipe da ESF:

Médico: I - realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;

II - realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário;

V - indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Enfermeiro: I - realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV - planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;

V - contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Auxiliar/técnico de enfermagem: I - participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

II - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

III - realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;

IV - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e

V - contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

Agente Comunitário de Saúde: I - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

II - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

III - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;

VI - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e

VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe.

Assim, a equipe da ESF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente.

5.2 Diabetes mellitus

É de conhecimento geral que a população mundial e brasileira está envelhecendo, consequência de uma maior expectativa de vida e de uma menor natalidade, decorrentes de inúmeros avanços científicos e sociais. Neste sentido, torna-se importante considerar os vários aspectos que acompanham o envelhecimento, entre eles as mudanças fisiológicas e as doenças crônicas, comumente verificadas no idoso. Uma doença muito frequente no idoso é o *diabetes mellitus* (TRENTIN, 2009).

O diabetes consiste em uma disfunção metabólica crônica, grave, de evolução lenta e progressiva, caracterizada pela falta ou produção diminuída de insulina e/ou da incapacidade dessa em exercer adequadamente seus efeitos metabólicos, levando à hiperglicemia e glicosúria (MAIA e ARAÚJO, 2002 *apud* ASSUNÇÃO e URSINE, 2008).

É uma doença crônica que atinge de forma significativa os indivíduos, que necessitam modificar hábitos alimentares e aderir a orientações terapêuticas restritivas, como a aplicação regular de insulina e a monitorização glicêmica diária. O diabetes é um problema global com um devastador impacto humano, social e econômico, e destaca-se no Brasil e no mundo por sua importância enquanto problema de saúde pública (GAMBA, GOTLIEB, BERGAMASCHI e VIANNA, 2004).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de portadores da doença em todo o mundo era de 117 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. Atualizando os dados encontrados para o CENSO-IBGE-2010, a população brasileira de diabéticos estimada chegou a 12.054.827 pessoas (BRASIL, 2006).

Na maioria dos casos o diabetes é assintomático, cerca de 50% dos pacientes desconhecem a doença. Quando as manifestações clínicas estão presentes o paciente apresenta hiperglicemia, que leva à poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso involuntário, fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, e disfunção erétil (BRASIL, 2006).

O diabetes, além de representar um problema imediato, também tem como consequência que a situação dos indivíduos que dela padecem piora com o passar do tempo quando começam a aparecer as complicações derivadas de um mau controle glicêmico e de fatores associados. Esses pacientes têm que enfrentar diversos problemas, os quais podem afetar sua qualidade de vida. É uma doença que persiste por toda a vida, e, no transcorrer dela, surgem múltiplas complicações, algumas vezes acompanhadas de outras doenças crônicas (FARIA, 2008).

Associadas às disfunções metabólicas, os indivíduos diabéticos podem desenvolver complicações vasculares, neurológicas e infecciosas. De acordo com Sonis *et al.*, (1996) citado por Aguiar (2011, p.14), as complicações vasculares compreendem em doença coronária acelerada, doença cerebrovascular, vascular periférica, retinopatia e doença renal. Os distúrbios neurológicos apresentam-se como perdas sensoriais com alterações e ulcerações gangrenosas nos dedos das mãos e pés. As infecções

são devido à capacidade imunológica diminuída, estando, frequentemente, os pacientes diabéticos propensos a infecções de pele, trato urinário e manifestações bucais.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006) a nova classificação se baseia na etiologia da doença:

Tipo 1- devido à destruição da célula Beta (célula produtora de insulina) causando deficiência absoluta de insulina;

Tipo 2- aumento na resistência das células à insulina endógena, com uma secreção defeituosa dessa substância; classicamente designada “diabete juvenil”;

Tipo 3- decorrentes de alterações genéticas, de doenças ou induzidas por fármaco e agentes químicos;

Tipo 4- gestacional, descrita como hiperglicemia diagnosticada pela primeira vez durante a gestação (diabete gestacional).

O diagnóstico pode ser realizado por três métodos:

1) através dos sintomas como, poliúria, polidipsia e polifagia;

2) hiperglicemia em jejum- para os não diabéticos o valor normal é de 70 a 99 mg/dl- níveis superiores indicam graus variados de intolerância à glicose (pré-diabetes) ou diabetes;

3) alteração do teste oral de tolerância à glicose -- coleta de sangue duas horas após a ingestão de 75mg de glicose anidra dissolvida em água. O parâmetro para esse teste é: resultado abaixo de 140 mg/dl indica não diabético, valores entre 140 e 200mg/dl é considerado pré-diabetes e acima de 200mg/dl confirma-se o diagnóstico de diabetes (FIGUEIREDO e TRINDADE, 2011).

De acordo com Silva (2011), os pacientes com diabetes podem ser dependentes, ou não, de insulina. O *diabetes mellitus* insulino-dependente (DMID) apresenta ausência de produção de insulina. Geralmente manifesta hiperglicemia intensa e cetoacidose. A maioria dos pacientes com DMID manifestam a doença durante a infância (diabete tipo 2), necessitando de insulina endógena para sobreviver. O diabético insulino-não dependente (DMNID) manifesta a doença após os 40 anos, sendo fortemente associado com doença cardiovascular e hipertensão. Há uma

deficiência na produção de insulina pelas células do pâncreas. E o tratamento é habitualmente realizado por meio de hipoglicemiantes orais e/ou dieta.

Segundo Maia, Silva e Carvalho (2005) o objetivo de se tratar o diabetes é diminuir os níveis sanguíneos de glicose para prevenir as complicações associadas a ela. O controle da dieta, a redução de peso corporal através de exercício físico, o uso de hipoglicemiantes orais ou injetáveis e a higienização bucal diária são meios para controlar o nível glicêmico.

5.3 Fatores que influenciam na adesão ou não adesão aos cuidados de promoção, prevenção e tratamento

Entende-se adesão ao tratamento ou adesão terapêutica como o grau em que o paciente é capaz de assimilar e incorporar em sua vida, voluntariamente, as orientações dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento de sua doença. A adesão ao tratamento em pacientes crônicos representa a extensão no qual o comportamento da pessoa coincide com o aconselhamento dado pelo profissional de saúde, contemplando três estágios (SOARES *et al.*, 1997 *apud* ASSUNÇÃO e URSINE, 2008):

- Concordância, no qual o indivíduo, inicialmente, concorda com o tratamento, seguindo as recomendações dadas pelos profissionais da saúde. Existe, frequentemente, uma boa supervisão, assim como uma elevada eficácia do tratamento.
- Adesão, fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o autocuidado, no qual, com uma vigilância limitada, o doente continua com o seu tratamento, o que implica uma grande participação e controle da sua parte.
- Manutenção, quando, já sem vigilância (ou vigilância limitada), o doente incorpora o tratamento no seu estilo de vida, possuindo um determinado nível de autocontrole sobre os novos comportamentos.

Porém, a falta de adesão do paciente, ou seja, a dificuldade do paciente em usar a medicação prescrita, seguir a dieta ou modificar seu estilo de vida, de acordo com as orientações da equipe multidisciplinar, é um problema sempre presente na prática clínica (FARIA, 2008).

Há muitas variáveis que podem influenciar a adesão, e não há consenso acerca de qual tem maior influência na adesão ao tratamento.

Segundo publicação da Organização Pan-americana de Saúde (2004), a OMS destacou diversos fatores relacionados a este problema e podem ser agrupados em cinco dimensões relacionadas a:

1- pessoa: são os fatores ligados ao conhecimento sobre a doença, atitudes, crenças, percepções, expectativas. Motivação para se tratar, capacidade de se envolver em comportamentos de adesão. Pode-se destacar a convivência com pessoas próximas, motivo de extrema satisfação, fazendo com que os encontros frequentes para a realização de alguma atividade tornem-se uma rotina em suas vidas, o que também proporciona uma ajuda no controle metabólico. Neste caso, o apoio e incentivo das pessoas próximas são indispensáveis (MONTEIRO *et al.*, 1998 *apud* ASSUNÇÃO e URSINE, 2008);

2- doença: fatores vinculados à gravidade dos sinais e sintomas, ou mesmo ausência deles (pacientes assintomáticos), ao grau de incapacidade, à velocidade de progressão da doença, à disponibilidade de tratamentos efetivos, à percepção de risco, à importância e à prioridade do tratamento;

3- tratamento: fatores ligados à complexidade do regime terapêutico, à duração, ao fracasso de tratamentos anteriores, às mudanças frequentes de tratamento, aos efeitos colaterais, e à disponibilidade dos profissionais para esclarecimento de dúvidas;

4- sistemas e/ou equipe de saúde: fatores vinculados à relação com a equipe de saúde. Alguns fatores podem influir negativamente como, sistema deficiente de distribuição de medicamentos, falta de treinamento do pessoal no controle de doenças crônicas, sobrecarga dos trabalhadores, consultas curtas, falta de valorização da equipe sobre adesão e carência de serviços de educação em saúde;

5- suporte social/econômico: fator ligado à baixa renda, analfabetismo, desemprego, falta de rede de apoio familiar e social efetivos, condições de vida instáveis e alto custo da medicação. Um estudo realizado por Assunção e Ursine (2008), mostrou que pacientes portadores de DM residentes em área de alto risco tiveram menor adesão ao tratamento não farmacológico. O apoio social pode contribuir para uma melhor adesão ao tratamento, uma vez que oferece aos integrantes do grupo ajuda emocional, realização de atividades conjuntas, interação social, ajuda profissional, dos serviços de saúde e acesso a novos contatos, levando à interação com pessoas que até então não faziam parte da rede social do indivíduo (BRAGA, 2003). Na pesquisa realizada por Cintra, Guariento e Miyasaki (2010), somente a variável “arranjo familiar” mostrou associação estatisticamente significativa com a adesão ao tratamento. Dentre os que aderiam ao tratamento, a maior parte morava acompanhada, facilitando a adesão ao tratamento farmacológico. Os que moravam sozinhos apresentaram três vezes mais chances de não aderência ao tratamento.

Nesta perspectiva, o profissional da saúde tem um papel importante no processo de adesão ao tratamento, já que atua como agente facilitador e mobilizador através da conscientização, mudança de comportamento e desenvolvimento da capacidade e habilidade do indivíduo para o autocuidado, adequando seus conhecimentos e experiências à prática clínica e à realidade do paciente. Para isso, os profissionais de saúde necessitam ter um conhecimento avançado sobre o controle, a prevenção e as complicações da doença, sendo responsáveis por propiciar condições favoráveis ao processo de aquisição de conhecimentos e possíveis mudanças comportamentais por parte do indivíduo diabético. Além disso, o entendimento pelo indivíduo da prática educativa e as interfaces estabelecidas entre esta e o profissional de saúde, favorecem o desenvolvimento de atitudes pessoais que se associam à mudança no estilo de vida (TAKAYANAGUI e GUIMARÃES, 2002).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O ato de planejar é inerente ao ser humano, todos planejam ao longo da vida. Essa atitude permite aproveitar melhor o tempo e os recursos disponíveis, aumentando as chances de alcançar os objetivos estimados (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010). O planejamento permite o diálogo, o compartilhamento e a participação de todos aqueles envolvidos na formulação e na operacionalização de um plano.

Na década de 1970 diferentes correntes de planejamento estratégico surgiram na América Latina, entre eles destacou-se o “Planejamento Estratégico Situacional-PES”, desenvolvido pelo professor chileno Carlos Matus (1993) citado por Campos, Faria e Santos (2010).

O PES, a partir dos seus fundamentos, propõe desenvolvimento de um planejamento através da incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

Todo método de planejamento apresenta no seu desenvolvimento passos ou etapas numa sequência lógica de ações ou estratégias. Matus, (1993) *apud* Campos, Faria e Santos (2010, p. 30-31), identifica quatro momentos que caracterizam o processo de PES, citados abaixo:

1. Momento explicativo: busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas;
2. Momento normativo: são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas identificados, priorizados e analisados no momento explicativo;
3. Momento estratégico: busca-se analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para se alcançarem os objetivos traçados;
4. Momento tático-operacional: é o momento de execução do plano. Aqui devem ser definidos e implementados o modelo de gestão e os instrumentos para o acompanhamento e avaliação do plano.

Apesar de suas especificidades, esses momentos identificados por Matus encontram-se interligados na prática do planejamento, constituindo uma relação de complementaridade.

6.1 Diagnóstico situacional da Equipe de Saúde do bairro Ana Rita

Uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência, é necessário que desenvolva um plano de ação para o problema escolhido, seguindo passo a passo conforme descrito abaixo (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

6.1.1 Primeiro passo: definição dos problemas

Foram levantados os principais problemas apresentado no diagnóstico situacional da área de abrangência, são eles: as drogas e a violência, a falta de equipamentos e insumos, a baixa adesão dos idosos ao tratamento do *diabetes mellitus*, o acompanhamento deficiente dos idosos diabéticos e o acúmulo de lixos, propiciando o aparecimento da dengue.

6.1.2 Segundo passo: priorização de problemas

Nesse momento, foi realizada a priorização dos problemas, sendo necessária a seleção daqueles problemas a serem enfrentados.

Como critério para a seleção dos problemas, a Equipe de Saúde estabeleceu alguns indicadores como: a importância do problema, sua urgência e a capacidade para enfrentá-los. Estão descritos no Quadro 1.

Após seleção, “A baixa adesão dos idosos ao tratamento do *diabetes mellitus*” foi selecionado como prioridade 1.

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF do Ana Rita, Timóteo/MG, 2014.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixa adesão dos idosos ao tratamento do <i>diabetes mellitus</i>	Alta	7	Parcial	1
Acompanhamento deficiente dos idosos diabéticos	Alta	5	Dentro	2
Acúmulo de lixo: dengue	Alta	5	Parcial	3
Drogas e violência	Alta	5	Parcial	4
Falta de equipamentos e insumos	Alta	4	Fora	5

6.1.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado

No terceiro momento, após a escolha do problema, é necessário que caracterize e descreva o mesmo para que haja uma melhor definição das intervenções Quadro 2.

Quadro 2 – Descritores do problema “a baixa adesão dos idosos ao tratamento do *diabetes mellitus*”.

Descritores do problema	Valores (1)	Fontes
Portadores de DM (2)	1203	SIAB
Diabéticos acompanhados pela unidade de saúde (2)	651	SIAB
Idosos cadastrados (2)	449	SIAB
Idosos diabéticos cadastrados (2)	235	SIAB
Idosos diabéticos acompanhados pela unidade de saúde (3)	56	REGISTRO DA EQUIPE
% não fazem uso correto da medicação (3)	57%	REGISTRO DA EQUIPE
Óbitos por causa da DM (2)	139	SIAB

Nota: (1) dados relativos ao ano de 2011. (2) Dado obtido pelo sistema de informação da prefeitura (SIAB). (3) Dado realizado pelas ACS.

Diante dos dados apresentados verifica-se que a quantidade de diabéticos idosos acompanhados é muito inferior à quantidade de diabéticos cadastrados.

Pelo fato de não haver atividades e programas que visem à prevenção do diabetes na área de abrangência da UBS Ana Rita, pode-se esperar casos de hospitalizações, complicações, novos óbitos e futuramente um aumento desta patologia.

6.1.4 Quarto passo: explicação do problema

Essa etapa tem como objetivo compreender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas.

Causas relacionadas aos pacientes:

Baixa escolaridade, dificultando o entendimento do tratamento.

Consulta médica apenas no horário matutino.

Sintomatologia da doença.

Cultura.

Alcoolismo e tabagismo.

Causas relacionadas à equipe de saúde:

Dificuldade dos profissionais para abordar os pacientes idosos diabéticos da melhor maneira.

Horários rígidos quanto à consulta médica.

Falta de incentivos para ações preventivas.

Capacitações insuficientes para os profissionais de saúde.

6.1.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Esse passo requer a análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. Para realizar essa análise é necessário utilizar o conceito de “nó crítico” proposto pelo PES.

Nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a idéia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando (CAMPOS *et al.*, 2010, p.63).

A Equipe de Saúde do Ana Rita selecionou situações para as quais existe alguma possibilidade de ação direta e que podem impactar sobre o problema escolhido. São eles:

1. Hábitos e estilo de vida inadequados.
2. Baixo nível de informação acerca do *Diabetes mellitus*.
3. Assistência inadequada ao paciente idoso diabético.
4. Família sem preparação para o cuidado, devido a falta de conhecimento.
5. Estrutura dos serviços de saúde.
6. Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado.

6.1.6 Sexto passo: desenho das operações

Nessa etapa é realizado o desenho das operações, que consiste em descrever operações/projetos para enfrentar os “nós críticos”, identificar os produtos e resultados para cada operação definida e por último identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

6.1.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos em cada operação.

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los (CAMPOS *et al.*, 2010, p.67).

6.1.8 Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Mostra as ações estratégicas criadas para realizar os projetos, os atores que estão ligados diretamente ao controle dos recursos críticos e a motivação desses quanto à possibilidade de exercê-los.

6.1.9 Nono passo: elaboração do plano operativo

Esboça o esquema do plano operativo propriamente dito. Expondo para cada operação desenvolvida, os resultados e os produtos esperados, as ações estratégicas a serem realizadas, os responsáveis para coordená-las e o prazo estimado para criá-las e colocá-las em andamento.

6.1.10 Décimo passo: gestão do plano

Nessa parte é realizado um modelo de gestão do plano, no qual consiste em discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

6.2 Plano de intervenção segundo ações relativas aos nós críticos

Seguem-se os quadros 3 a 8, apresentando o plano de intervenção sobre os seis nós críticos, planejados conforme os dez passos citados.

Quadro 3 – Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “baixa adesão dos idosos ao tratamento do diabetes mellitus. Nó crítico 1: Hábitos e estilo de vida inadequados

Nó crítico 1	Hábitos e estilo de vida inadequados.
Operação	Modificar hábitos e estilo de vida da população idosa.
Projeto	Viver Bem
Resultados esperados	Diminuir o índice de diabéticos sedentários e obesos no prazo de um ano. Conscientizar a população da importância de hábitos saudáveis. Prevenir diabetes mellitus.
Produtos esperados	Campanha educativa de nutrição balanceada através de folder. Programa de atividade física e caminhada. Campanha de prevenção com orientação nutricional.
Recursos necessários	Cognitivo→ busca de informação sobre o tema. Financeiro→ aquisição dos folhetos educativos. Político→ mobilização social para formar parcerias com educadores físicos, voluntários, espaço para as atividades físicas e parcerias com agências de publicidade. Organizacional→ organização de plano de exercícios físicos e palestras.
Recursos críticos	Político→ disponibilização de espaço físico para as atividades físicas e adesão de educadores físicos/ voluntários e nutricionista. Financeiro→ obtenção de verba para confecção dos folhetos educativos.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Profissionais de saúde da ESF e secretários de saúde e de educação. Motivação: Favorável.
Ação estratégica	Reunião com a equipe de saúde da estratégia saúde da família.
Responsável:	Enfermeira, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, educador físico, voluntário e nutricionista.
Prazo:	15 dias para fabricação do folder. Um mês para início das atividades físicas.
Acompanhamento	Reunião mensal de acompanhamento com a enfermeira, educador físico e nutricionista. Avaliação física e psicológica dos idosos após seis meses do início das atividades.

Quadro 4 – Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “baixa adesão dos idosos ao tratamento do diabetes mellitus. Nó crítico 2: Baixo nível de informação acerca do diabetes mellitus

Nó crítico 2	Baixo nível de informação acerca do <i>diabetes mellitus</i>
Operação	Aumentar o nível de conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde e da população idosa sobre os riscos do diabetes descontrolado.
Projeto	Capacita-se
Resultados esperados	Melhor compreensão da comunidade e Agentes Comunitários de Saúde sobre as causas e consequências do diabetes e o seu tratamento.
Produtos esperados	Avaliação do nível de conhecimento sobre o diabetes. Programa de educação permanente para os Agentes Comunitários de Saúde e comunidade.
Recursos necessários	Cognitivo→ informações sobre o tema. Organizacional→ organização da agenda. Político→ articulação intersetorial (parceria com o setor de educação e saúde) e mobilização social.
Recursos críticos	Político→ mobilização intersetorial (secretaria da saúde e educação). Organizacional→ cumprimento de agenda.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Secretário da Educação e Saúde e profissionais de saúde da estratégia saúde da família. Motivação: Favorável.
Ação estratégica	Apresentar planilha sobre o índice de conhecimento sobre o diabetes por parte da comunidade e dos agentes comunitários de saúde. Apresentar projeto de educação continuada.
Responsável:	Enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde.
Prazo:	Um mês para planejamento das ações, grupos operativos e sensibilização da equipe.
Acompanhamento	Aplicação de avaliações técnicas ao grupo. Relatório de presença dos participantes idosos a cada palestra.

Quadro 5 - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “baixa adesão dos idosos ao tratamento do *diabetes mellitus*”. Nó crítico 3: Assistência inadequada ao paciente idoso diabético.

Nó crítico 3	Assistência inadequada ao paciente idoso diabético
Operação	Elaborar e implantar a agenda programada conforme as diretrizes da secretaria estadual de saúde.
Projeto	Programa + saúde
Resultados esperados	Agendas organizadas. Atendimento com horários flexíveis. Satisfação do usuário tendo uma melhor adesão.
Produtos esperados	Controle das receitas médicas. Criação do fichário rotativo para renovação das receitas. Identificar e avaliar as causas de abandono ou não adesão ao tratamento. Controle pressórico adequado.
Recursos necessários	Cognitivo→ obtenção de informação sobre o tema. Financeiro→ aquisição de agendas e atas. Político→ apoio da gestão, envolvimento da equipe. Organizacional→ organização da agenda programada e mudança no processo de trabalho.
Recursos críticos	Organizacional→ organização da agenda programada e mudança no processo de trabalho. Político→ apoio da gestão e envolvimento da equipe. Financeiro→ aquisição da agenda e atas.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Equipe da Saúde da Família, Coordenação de Atenção Primária e Secretaria Municipal de Saúde. Motivação: Favorável.
Ação estratégica	Apresentar o projeto para a Secretaria de Saúde e a Coordenação da Atenção Primária.
Responsável:	Coordenação da Atenção Primária, médicos e enfermeiros.
Prazo:	Dois meses para implantação da agenda e do fichário rotativo.
Acompanhamento	Taxa de adequação do atendimento em relação a agenda programada. Relatório de avaliação das causas de abandono ou não adesão ao tratamento (criação de um formulário com os dados do paciente).

Quadro 6 - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “a baixa adesão dos idosos ao tratamento do *diabetes mellitus*”. Nó crítico 4: Família sem preparação para o cuidado, devido a falta de conhecimento

Nó crítico 4	Família sem preparação para o cuidado, devido a falta de conhecimento
Operação	Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento antidiabético.
Projeto	Apoio Familiar
Resultados esperados	Incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos diabéticos.
Produtos esperados	Maior número de familiares participando e acompanhando o tratamento de <i>diabetes mellitus</i> do idoso.
Recursos necessários	Cognitivo→ informações sobre o tema. Financeiro→ aquisição de materiais educativos. Político→ parceria, mobilização social. Organizacional→ organização da agenda.
Recursos críticos	Cognitivo→ informar sobre o tema. Financeiro→ aquisição de materiais educativos. Político→ parceria, mobilização social. Organizacional→ organização da agenda.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Equipe da Saúde da Família e Secretaria Municipal de Saúde. Motivação: Favorável.
Ação estratégica	Apresentar projeto para equipe e estruturação das redes de atenção ao diabético.
Responsável:	Enfermeira, técnica de enfermagem e agente comunitário de saúde.
Prazo:	Três meses para o início das atividades.
Acompanhamento	Relatório de presença dos familiares a cada palestra. Avaliação da ficha de acompanhamento do familiar no domicílio.

Quadro 7 - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “a baixa adesão dos idosos ao tratamento do *diabetes mellitus*”. Nó crítico 5: Estrutura dos serviços de saúde deficiente.

Nó crítico 5	Estrutura dos serviços de saúde deficiente
Operação	Aumentar e nivelar os serviços de atendimento para os portadores de diabetes.
Projeto	Cuidar Melhor
Resultados esperados	Garantir consultas, medicamentos, materiais e exames como rege o protocolo.
Produtos esperados	Aumentar o número de profissionais de saúde e cotas de exames.
Recursos necessários	Político→ aumentar os recursos proporcionalmente à demanda dos serviços. Financeiro→ garantir contratação de mais médicos e compra de exames. Organizacional→ adequar consultas e exames com equidade.
Recursos críticos	Político→ decisão de aumentar os recursos para adequar à demanda. Financeiro→ verba para contratar mais profissionais de saúde e exames.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Prefeito Municipal, Secretário de Saúde e Fundo Nacional de Saúde. Motivação: Alguns são favoráveis e outros são indiferentes.
Ação estratégica	Apresentar planilha da atual demanda de risco aumentado de diabetes e projeto de estruturação da rede.
Responsável:	Gerente da unidade, enfermeira e secretário de saúde.
Prazo:	Dois meses para apresentar planilha da demanda. Seis meses para elaborar projeto de estruturação. Um ano para implantá-lo.
Acompanhamento	Projeto de estruturação elaborado no prazo estabelecido. Acompanhamento das ações definidas no projeto. Reunião semestral das partes interessadas. Contratação de novos profissionais.

Quadro 8 - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “baixa adesão dos idosos ao tratamento do *diabetes mellitus*”. Nó crítico 6: Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado

Nó crítico 6	Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado
Operação	Modificar a linha de trabalho para atender os portadores de diabetes e adequar fluxo de referência e contrarreferência.
Projeto	Cuidar Sempre
Resultados esperados	Orientação e treinamento da equipe para uma assistência de qualidade ao paciente.
Produtos esperados	Capacitação da equipe. Protocolo de atendimento implantado. Projeto de promoção de saúde para diabético implantado.
Recursos necessários	Cognitivo→ elaborar projeto de promoção de saúde e protocolo de atendimento. Organizacional→ adequação de fluxos (referência e contra referência). Político→ articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
Recursos críticos	Organizacional→ adequação do fluxo de referência e contrarreferência. Político→ articulação entre os setores de setores de saúde e adesão dos profissionais.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Profissionais de saúde e Secretário Municipal de Saúde. Motivação: Alguns são favoráveis e outros são indiferentes.
Ação estratégica	Apresentar projeto de promoção de saúde e convencer os membros da equipe na otimização do trabalho.
Responsável:	Gerente da unidade e enfermeira.
Prazo:	Um mês para capacitação da equipe. Seis meses para implantação do protocolo de atendimento e projeto de promoção de saúde. Um ano para reavaliar as ações de promoção de saúde, referência e contrarreferência.
Acompanhamento	Reuniões com a equipe para avaliar as melhorias implementadas (frequência mínima bimestral).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a população mundial e brasileira está alcançando idade mais avançada, consequência de maior expectativa de vida, redução da mortalidade geral e de menor natalidade, decorrentes de inúmeros avanços científicos e sociais. Sob esta perspectiva, é importante considerar que mudanças fisiológicas e doenças crônicas surgem acompanhando o envelhecimento afetando a vida dos idosos.

Uma doença muito frequente no idoso é o diabetes *mellitus*. Ela ocupa um lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica, que tem resultado em uma predominância dos agravos crônicos não transmissíveis como principal causa de morbimortalidade da população.

O presente trabalho mostrou que, apesar do número alto de idosos com a doença, poucos fazem o acompanhamento adequado nos centros de saúde, o que agrava as complicações da mesma. A falta de adesão ao tratamento é um item crítico, mas que pode ser trabalhado de forma a mudar este cenário.

O plano apresenta um estudo aprofundado sobre as questões de adesão/não adesão dos pacientes e propõe ações concretas que, ao serem executadas, propiciam melhor qualidade de vida aos idosos. O plano dá suporte ao profissional da saúde, que tem papel essencial no processo de adesão ao tratamento, já que atua como agente facilitador e mobilizador através da conscientização, mudança de comportamento e desenvolvimento da capacidade e habilidade do indivíduo para o autocuidado, adequando seus conhecimentos e experiências à prática clínica e à realidade do paciente.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D.A.T. **Diabetes mellitus e assistência odontológica: uma estreita relação- Revisão de Literatura**. Monografia (Trabalho de conclusão de Curso) Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Trabalhos_de_Conclusao_dos_Cursos/CEABSF___2011>. Acesso em: 30 out. 2013.

ARAÚJO, M.R.N.; ASSUNÇÃO, R.S. A Atuação do Agente Comunitário de Saúde na Promoção da Saúde e Na Prevenção de Doenças. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília: jan/fev, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n1/a04v57n1.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2013.

ASSUNÇÃO, T.S.; URSINE, P.G.S. Estudo de fatores associados á adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de *diabetes mellitus* assistidos pelo Programa saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, sup.2, p.2189-2197, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000900024&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 set. 2013.

BRAGA, M.R.M.G.C.S. **Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2** [dissertação]. São Paulo: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, 2003. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/668/1/tesefinalMS.pdf>>. Acesso em: ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. **Informe Técnico 1993**. [acessado 2005 abr 13]. Disponível em: // www.saude.gov.br apud ASSUNÇÃO, T.S.; URSINE, P.G.S. Estudo de fatores associados á adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de *diabetes mellitus* assistidos pelo Programa saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, sup.2, p.2189-2197, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232008000900024&script=sci_arttext> . Acesso em: 30 set. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Painel de indicadores do SUS. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2006. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 30 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 out, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.htm. Acesso em: 15 maio 2014.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3. Acesso em: 14 jan. 2013.

CINTRA, F. A.; GUARIENTO, M.E; MIYASAKI, L. A. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Cien Saude Colet**, v. 15, n. Supl 3, p. 3507-3515, 2010. <Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a25.pdf>>. Acesso em: 30 set, 2013.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>. Acesso em: 14 jan. 2013.

FARIA H.T.G. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 46-51, 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-12032008-100144/pt-br.php>. Acesso em: 30 out. 2013.

FIGUEIREDO, L.M.G.; TRINDADE, S.C. Periodontite versus *diabetes mellitus*: estado da arte, **R. Ci. Med. Biol.**, Salvador, v.10, n.3, p.270-276, set./dez.2011. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/5888/4241>. Acesso em: 30 out. 2013.

GAMBA, M.A.; GOTLIEB, S.L.D.; BERGAMASCHI, D.P.; VIANNA, L.A.C. Amputações de extremidades inferiores por *diabetes mellitus*: estudo caso-controle. **Revista Saúde Pública**, v.38, n.3, p.399-404, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000300010&lng=pt. Acesso em: 30 set. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Cidade@Minas Gerais»Timóteo**. Infográficos: dados gerais do município. Disponível em:

<<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=316870&search=minas-gerais%7Ctimoteo%7Cinfolgr%E1ficos:-dados-gerais-do-munic%EDpio&lang>>. Acesso em: 8 abr. 2013.

MAIA, F.F.R.; ARAÚJO, L.R. Projeto “Diabetes Weekend” Proposta de educação em diabetes mellitus tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2002; 46 (5): 550-556 apud ASSUNÇÃO, T.S.; URSINE, P.G.S. Estudo de fatores associados á adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de *diabetes mellitus* assistidos pelo Programa saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, sup.2, p.2189-2197, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000900024&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 set. 2013.

MAIA, F.R.; SILVA, A.A.R.; CARVALHO, Q.R.M. Proposta de um protocolo para atendimento odontológico do paciente na atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.7, n.1, p.16-29, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v7n1/Protocolo.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

MATUS, C. Política, planejamento e governo. Brasília: IPEA, 1993 apud CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 14 jan. 2013.

MONTEIRO, L.H; GONÇALVES, A.; PADOVANI, R.C.; NETO, F.L.J. Fatores sócio-econômicos e ocupacionais e a prática de atividade física regular: estudo a partir de policiais militares em Bauru, São Paulo. *Motriz*, 1998; 4(2): 345-350 apud ASSUNÇÃO, T.S.; URSINE, P.G.S. Estudo de fatores associados á adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de *diabetes mellitus* assistidos pelo Programa saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, sup.2, p.2189-2197, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232008000900024&script=sci_arttext> . Acesso em: 30 set. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMÓTEO. **Informações do Município**. Disponível em: <http://www.timoteo.mg.gov.br/pagina/index.php?pag_descricao=Pagina_Informacoes>. Acesso em: 24 set. 2012.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2007; v.20, n.2: v-vi. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002007000200001&script=sci_arttext>
 . Acesso em: 30 out. 2013.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA- SIAB. 2011-2012.
 SILVA, O.F. **Cuidados no atendimento odontológico aos indivíduos com *Diabetes mellitus* a luz da literatura.** Monografia (Trabalho de conclusão de Curso)- Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Trabalhos_de_Conclusao_dos_Cursos/CEABSF___2011>. Acesso em: 30 out. 2013.

SOARES, M.C.; RIBEIRO, A.; LIMA, P.; RIBEIRO, J. O efeito do fornecimento da informação na ansiedade pós-operatória numa população portuguesa de pacientes candidatos a cirurgia cardíaca. In: Actas do 2º congresso Nacional de Psicologia da Saúde; 1997; Lisboa apud ASSUNÇÃO, T.S.; URSINE, P.G.S. Estudo de fatores associados á adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, sup.2, p.2189-2197, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000900024&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 set. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. **Tratamento e acompanhamento do *diabetes mellitus*:** diretrizes da sociedade brasileira de diabetes. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.anad.org.br/profissionais/images/diretrizes_SBD_2007.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2014.

SCHMIDT, M.I *et al.* Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada no inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, supl.2, nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102009000900010&script=sci_arttext> . Acesso em: 30 out. 2013.

SONIS, S.T.; FAZIO, R.C.; FANG, L. **Princípios e práticas de medicina bucal.** Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 1996 apud AGUIAR, D.A.T. ***Diabetes mellitus* e assistência odontológica: uma estreita relação- Revisão de Literatura.** Monografia (Trabalho de conclusão de Curso) Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Trabalhos_de_Conclusao_dos_Cursos/CEABSF___2011>. Acesso em: 30 out. 2013.

TAKAYANAGUI, A.M.M., GUIMARÃES, F.P.M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de *diabetes mellitus* tipo 2. **Rev.**

Nutr. v.15, n.1, p.377-385, 2002. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rn/v15n1/a05v15n1.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

TANNURE, M. C; ALVES, M; SENA, R.R; CHIANCA, T. C. M. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Rev. bras. enferm.** v. 63, n. 5, pp. 817-822. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500020>. Acesso em: 30 set. 2013.

TRENTIN, C.S.N. **Adesão medicamentosa em pacientes idosos diabéticos** [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2009. Disponível em:
<<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/3622/1/000412180-Texto%2BCompleto-0.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.