

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

ARIANNA PEREZ GIL

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO DE
IDOSOS, CADASTRADOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
SERRA VERDE, AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS
NO MUNICÍPIO DE SERRA DOS AIMORÉS, MINAS GERAIS**

**TEÓFILO OTONI - MINAS GERAIS
2018**

ARIANNA PEREZ GIL

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO DE
IDOSOS, CADASTRADOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
SERRA VERDE, AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS
NO MUNICÍPIO DE SERRA DOS AIMORÉS, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família/ Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Dra. Paula Cambraia de Mendonça Vianna.

TEÓFILO OTONI - MINAS GERAIS

2018

ARIANNA PEREZ GIL

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO DE
IDOSOS, CADASTRADOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
SERRA VERDE, AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS
NO MUNICÍPIO DE SERRA DOS AIMORÉS, MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Paula Cambraia de Mendonça Vianna - UFMG

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte, em

de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho de Conclusão de Curso aos meus pais, amigos e familiares.

À toda comunidade de Serra dos Aimorés, que me acolheu.

À minha equipe de trabalho, tutores e orientadores que fizeram parte desta caminhada e conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me oportunizado exercer a profissão que gosto e cuidar das pessoas.

À minha família e amigos que me ajudaram nos momentos de dificuldades.

Aos tutores e orientadores que me mostraram o caminho do conhecimento e aperfeiçoamento ao longo deste curso de especialização, compreendendo e dedicando o seu tempo para que o processo ensino aprendizagem fosse sólido e produtivo.

“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”.

(Paulo Freire)

RESUMO

Serra dos Aimorés é um município brasileiro situado ao leste do estado de Minas Gerais e possui uma população estimada de 8.809 habitantes, em 2017. Neste município existe um número significativo de diabéticos não controlados adscrito à área de abrangência da equipe. Esta condição de saúde é passível de intervenções, sendo possível a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento evitando novos casos e reduzindo complicações nos casos presentes. Este estudo tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção para aumentar a adesão de idosos, cadastrados na Unidade Básica de Saúde de Serra Verde, ao tratamento do Diabetes Mellitus, no município de Serra dos Aimorés, Minas Gerais. Foi realizado o diagnóstico situacional, reconhecendo os principais problemas enfrentados pela equipe de saúde para planejar ações pelo método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). Para a construção do diagnóstico situacional foi utilizado o método da Estimativa Rápida Participativa e, durante a proposta para elaboração de ação, identificou-se os nós críticos e evidenciou-se a necessidade da realização do projeto e da participação da equipe multidisciplinar, realizando modificações pertinentes na rotina do trabalho. As informações para esta intervenção foram coletadas pela leitura dos prontuários, registros da equipe, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), consulta médica e de enfermagem, conversas com pacientes durante as visitas domiciliares e observação ativa do território. Para a revisão de literatura sobre o tema foram consultados trabalhos científicos disponíveis nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros. Espera-se que a equipe consiga orientar e prevenir doenças por meio de ações educativas, visando a reduzir o índice de diabéticos não controlados sem deixar de assistir os que já estão controlados, garantindo melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT

Serra dos Aimorés is a Brazilian municipality located in the eastern state of Minas Gerais and has an estimated population of 8.809 inhabitants in 2017. In this municipality there is a significant number of uncontrolled diabetics attached to the area of the team. This health condition is amenable to interventions, and it is possible to carry out promotion, prevention and treatment actions avoiding new cases and reducing complications in the present cases. This study aims to develop an intervention project to increase the adherence of elderly people enrolled in the Serra Verde Basic Health Unit to the treatment of Diabetes Mellitus in the municipality of Serra dos Aimorés, Minas Gerais. Situational diagnosis was made, recognizing the main problems faced by the health team to plan actions using the Strategic Situational Planning (PES) method. In order to construct the situational diagnosis, the Participatory Rapid Estimate method was used and during the proposal for the elaboration of the action, the critical nodes were identified and the necessity of the project realization and participation of the multidisciplinary team was made, making pertinent modifications in the work routine. The information for this intervention was collected by reading the medical records, staff records, Basic Care Information System (SIAB), medical and nursing consultation, conversations with patients during home visits and active observation of the territory. For the review of the literature on the subject, we consulted scientific works available in the databases: Virtual Health Library, PUBMED, Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, SCIELO, among others. The team is expected to be able to guide and prevent diseases through educational actions, aiming to reduce the rate of uncontrolled diabetics while attending those already controlled, thus ensuring a better quality of life.

Keywords: Diabetes Mellitus. Primary Health Care. Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEESF	Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família
CISMEP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba
COPASA	Companhia de Saneamento
DM	Diabetes Mellitus
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MG	Minas Gerais
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
Scielo	Scientific Electronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde de Serra Verde, município de Serra dos Aimorés, estado de Minas Gerais.....16
- Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta incidência e prevalência de casos do Diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Serra Verde do município de Serra dos Aimorés, Minas Gerais.....32
- Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta incidência e prevalência de casos de Diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Serra Verde do município de Serra dos Aimorés, Minas Gerais.....33
- Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta prevalência e incidência de casos de Hipertensão Arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Serra Verde do município de Serra dos Aimorés, Minas Gerais.....34
- Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Alta prevalência e incidência de casos de Hipertensão Arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Serra Verde do município de Serra dos Aimorés, Minas Gerais.....35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Breves informações sobre o município de Serra dos Aimorés-MG.....	12
1.2 O sistema municipal de saúde.....	13
1.3 A Equipe de Saúde da Família Serra Verde, seu território e sua população.....	14
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	15
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 OBJETIVOS.....	19
3.1 Objetivo Geral.....	19
3.2 Objetivos Específicos.....	19
4 METODOLOGIA.....	20
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	21
5.1 Estratégia Saúde da Família.....	21
5.2 Breve conceito: Diabetes Mellitus.....	22
5.3 Classificação do Diabetes Mellitus.....	22
5.4 Intervenções para melhorar a Adesão ao Tratamento da Diabetes Mellitus em idosos	24
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	29
6.1 Descrição do problema selecionado.....	30
6.2 Seleção dos “nós críticos”.....	30
6.3 Desenho das operações	31

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	38

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município

O município de Serra dos Aimorés localiza-se na região Sudeste do Estado de Minas Gerais, na Mesorregião Vale do Mucuri, microrregião de Nanuque, com área de 216,55 km², distante há 615 km de Belo Horizonte, capital do Estado (PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRAS DOS AIMORÉS, 2016).

A população se concentra na zona urbana e apenas 15% na zona rural, com uma população estimada, em 2017, de 8.809 habitantes (BRASIL, 2017).

Ainda de acordo com a Prefeitura de Serra dos Aimorés (2016), a cidade foi fundada por Arnô Schaper e Hermann Júlio Reuter.

Serra dos Aimorés já pertenceu a Nanuque na condição de distrito até o ano de 1962, quando foi elevada a categoria de município. Sua história está ligada à instalação de depósitos e serrarias para extração da madeira, riqueza natural da região. Inicialmente, o povoado formado ao redor dos depósitos, recebeu o nome de "Km 158", passando a ser chamado, em seguida, Artur Castilho. A denominação Serra dos Aimorés, recebida posteriormente, deve-se à sua localização na serra em que habitavam os índios Aimorés, ao nordeste do Estado de Minas Gerais. Emancipou-se em 1962 (PREFEITURA DE SERRA DOS AIMORÉS, 2016).

Como atrativo, apresenta o Horto Florestal, com 20 mil m², plantado com árvores de pequeno porte, e uma represa, que completa o cenário.

Sua economia está baseada na agropecuária, com destaque para a cultura de cana-de-açúcar. Existem também culturas de verduras e hortaliças e, na pecuária, destaca-se a criação de gado bovino para corte e leite.

Conforme o último censo (IBGE, 2010), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) é de 0,651, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). Sua taxa de urbanização é de 96.2 %.

A renda per capita média de Serra dos Aimorés cresceu 109,46% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 221,91, em 1991, para R\$ 248,39, em 2000, e para R\$ 464,82, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,97%. A taxa média anual de crescimento foi de 1,26%, entre 1991 e 2000, e 6,47%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com

renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 passou de 61,17%, em 1991, para 48,19%, em 2000, e para 23,54%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita por meio do Índice de Gini, que passou de 0,59 em 1991, para 0,54 em 2000, e para 0,56 em 2010 (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2010).

A Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA) é responsável pelo tratamento e distribuição da água encanada em Serra dos Aimorés. Em relação ao esgotamento sanitário, apresenta 21.4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado. Possui 75.6% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e apenas 1.6% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). (BRASIL, 2017).

O município possui dez escolas, sendo uma particular (modalidade: ensino regular, creche (0 a 3 anos), pré-escola (4 e 5 anos) e ensino fundamental) três estaduais e seis municipais que ofertam as modalidades: ensino regular, ensino fundamental, ensino médio, ensino profissional, educação de jovens e adultos (EJA) e ensino médio.

As opções de lazer são: praça, igrejas, campos de futebol, bares, restaurantes, fazendas, sítios, clube, além da pedra do Fritz que é o ponto culminante da serra, podendo ter altitude de quase 800 metros. O Fritz é um local perfeito para a prática de paraquedismo de montanha e a base jump (salto livre) é reconhecida nacionalmente por montanhistas.

Existem 04 agências bancárias, 01 lotérica, 01 agência de correio, 01 Pelotão da Polícia Militar, supermercados, comércios em geral.

1.2 O sistema municipal de saúde

O município de Serra dos Aimorés conta com o Programa Saúde da Família, implantado em 1998/1999. Possui cinco Equipes de Saúde da Família com cobertura de 100% da população, tendo apenas uma unidade com saúde bucal.

Atendem tanto a área urbana quanto a área rural do município, sendo que três equipes atuam na área urbana e duas em distritos do município: Lagedão e Ibiraem.

As cidades de Nanuque e Teófilo Otoni oferecem atendimentos de média e alta complexidade, tais como o Centro Viva Vida, Consórcio Intermunicipal de Saúde Médio Paraopeba (CISMEP), Centro Mais Vida e vários hospitais. O maior problema da região é a falta de uma estrutura hospitalar, sendo que o único hospital público da região mais próximo está situado em Nanuque, a aproximadamente meia hora da Serra dos Aimorés. Muitos casos são encaminhados para Belo Horizonte a 800 km e Teófilo Otoni-MG, por terem uma maior e melhor estrutura. Há apenas 01 laboratório de análises clínicas. Os casos de urgência são atendidos na cidade de Nanuque. Não há Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Conforme dados da Prefeitura de Serra dos Aimorés (2016), a Secretaria de Saúde tem a missão de administrar os recursos humanos e materiais de toda a rede de atenção à saúde, respeitando os princípios de universalidade, integridade e equidade consagrados no SUS, zelando principalmente pelo respeito à vida e humanização do atendimento. Cabe, também, à Secretaria de Saúde o gerenciamento dos serviços de Vigilância à Saúde, que engloba a Vigilância Epidemiológica e Sanitária que, em conjunto, buscam soluções de caráter preventivo para evitar doenças e agravos à saúde coletiva.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Serra Verde, seu território e sua população

A Unidade Básica de Saúde de Serra Verde foi criada há 20 anos com uma infraestrutura adequada para o atendimento das demandas da população. Tem uma população adscrita de 1.079 famílias cadastradas e 2.821 habitantes.

O horário de funcionamento da UBS Serra Verde é de segunda a sexta-feira, das 7h às 17h.

Atende às 15 comunidades locais, divididas em seis micro áreas. As comunidades atendidas são Serra Verde, Serrinha, Baixada, Pintolândia, Vila Machado e toda a zona leste da cidade. A equipe é formada por dez agentes comunitários, dois auxiliares de enfermagem, um enfermeiro, dois auxiliares de serviços gerais, um médico e um dentista. Não há recepcionista na unidade, fato que provoca a rotatividade dos agentes comunitários de saúde para preencher tal função. A área física conta com um consultório médico, uma sala de esterilização, uma sala de enfermagem, uma copa, uma sala de lavagem de material, um depósito

de material de limpeza, uma recepção, um banheiro para uso da população e dois banheiros exclusivos para uso dos funcionários. Não existe uma sala ou estrutura adequada para a realização de reuniões. As reuniões são realizadas na sala de espera dos pacientes, quando não há usuários do serviço, tendo que adaptar o espaço à necessidade da equipe. A equipe tem seu tempo preenchido na atenção às consultas planejadas para o atendimento das doenças crônicas, puericultura, pré-natal, idosos, hipertensos, diabéticos, saúde bucal, saúde da mulher, programas priorizados pelo SUS, além das demandas espontâneas. Existem grupos de idosos, hipertensos, diabéticos, saúde da mulher, planejamento familiar. Estes grupos são muito bem aceitos pela comunidade, que apoia novas ideias para fazer cada dia melhor o trabalho.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Para Campos; Faria e Santos (2010, p.36), o método de estimativa rápida é

...uma das alternativas para o levantamento de dados e informações, um modo de se obterem essas informações, com uma equipe composta de técnicas de saúde e/ou de outros setores e representantes da população examinando os registros existentes, entrevistando informantes importantes e fazendo observações sobre as condições de vida da comunidade que se quer conhecer. Por tanto, a estimativa rápida é um método utilizado para elaboração de um diagnóstico situacional de saúde de determinado território (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.36).

Ao realizar a estimativa rápida para a identificação dos principais problemas existentes no território adscrito a unidade Serra Verde, foram utilizados os dados coletados por meio dos instrumentos de registros da equipe, SIAB, que possibilitou a elaboração do diagnóstico situacional, proporcionando a identificação dos seguintes problemas de saúde do território: alta incidência e prevalência de Diabetes Mellitus, o alto índice de desemprego, pacientes diagnosticados com câncer.

No quadro a seguir, apresentamos a priorização dos problemas considerando sua relevância e a capacidade de intervenção da equipe.

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde de Serra Verde, município de Serra dos Aimorés, estado de Minas Gerais				
Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alta incidência e prevalência de Diabetes Mellitus	Alta	8	Parcial	1
Alto índice de Desemprego	Alta	7	Fora	3
Pacientes diagnosticados com Câncer	Alta	8	Parcial	2

Fonte: Produção da autora, 2018.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

O problema definido como prioridade número 1 de nossa equipe foi a alta incidência e prevalência de Diabetes Mellitus. Para definição do problema, a equipe considerou a importância, urgência e capacidade de enfrentamento e utilizou dados fornecidos pelo SIAB e instrumentos de registros produzidos pela equipe.

2 JUSTIFICATIVA

A ESF Serra Verde realizou um diagnóstico e levantamento dos principais problemas, sendo identificado a não adesão ao tratamento de pacientes idosos com Diabetes Mellitus como o problema prioritário. Portanto, é necessária a intervenção pela equipe, dirigida à população idosa portadora da doença para aumentar sua adesão ao tratamento, sendo tal processo fundamental para conseguir um melhor controle da doença e elevar a qualidade de vida. Cabe aqui ressaltar as deficiências do nosso sistema de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo de planejamento.

Existem 105 pessoas cadastradas com diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) na área de abrangência da equipe. Eles representam 3,1% da população acima de 20 anos, 55 são mulheres correspondendo a 58% e 50 são homens, correspondendo a 41,9%, de modo que o sexo feminino é o mais afetado. É importante ressaltar que 56,8% são idosos, sendo a faixa etária mais afetada por esta patologia. Embora a porcentagem de diabéticos não exceda a média nacional, quando fizemos o diagnóstico de saúde, concluímos que o problema fundamental está relacionado a não adesão ao tratamento pelos pacientes. As complicações do DM como distúrbios visuais, cardiovasculares, lesões de pele, sinais de polineuropatia, são causas frequentes de consulta.

São vários os fatores de risco em nossa população que favorecem o aparecimento desta doença crônica como: sobrepeso (140 pacientes), obesidade (95 pacientes), dislipidemias (91 pacientes), sedentarismo (350 pacientes), maus hábitos dietéticos e estilos de vida, pouca ou nenhuma prática de exercício físico, pouca informação sobre a doença.

O ambiente político, cultural, ambiental e socioeconômico assim como o modelo de desenvolvimento econômico e social é determinante na construção da política pública, que impacta o modelo assistencial e a estrutura dos serviços de saúde e o processo de trabalho. Estão associados, também, com a ocorrência desta doença crônica os fatores hereditários que têm um papel importante nos quadros de infarto, AVC, doença renal crônica, aumentando o número de casos de invalidez,

aposentadoria precoce, aumento do desemprego e aumento nos coeficientes de morbimortalidade.

Segundo Bazotte (2010, p.10):

No Brasil, os dados relacionados à doença revelam que, até 2025, o país deverá ter 17,6 milhões de diabéticos, ou seja, quase duas vezes mais que os atuais 8 milhões (2010) de portadores da doença, saltando do oitavo para o quarto lugar em termos de número total de diabéticos. Portanto, é interessante que haja um planejamento de novos modelos de atenção para combater a doença no portador pré-diabético, para que não desenvolva maiores problemas futuros, pois se alcançarmos esta estimativa teremos mais problemas com a doença, significando maiores gastos com cuidados e necessidade de mais mão de obra qualificada.

“A não adesão ao tratamento é a causa principal de descontrole da doença e a presença das complicações” (CABRALES, 2016, p.17).

De acordo com Rebelo (2008, p.30), as principais complicações vasculares do Diabetes Mellitus

...atualmente causam um número elevado de internações hospitalares e morte, sendo o fator preponderante a hiperglicemia consistente, onde os valores encontram-se descompensados por longos períodos. Secundariamente, indaga-se que o que mais leva a essas complicações, seriam desde o próprio descuido do paciente, à falta de informações sobre a patologia, dieta inadequada e o abandono do tratamento.

Este estudo pretende aumentar a adesão ao tratamento dos idosos que sofrem de DM atendidos pela Equipe de Saúde Família Serra Verde, considerando que é a faixa etária mais acometida. Não obstante, têm-se ainda o intuito de analisar os hábitos alimentares dos idosos que sofrem de Diabetes Mellitus, avaliar o estilo de vida e identificar os fatores de risco.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Elaborar um projeto de intervenção para aumentar a adesão de idosos, cadastrados na Unidade Básica de Saúde Serra Verde, ao tratamento do Diabetes Mellitus, no município de Serra dos Aimorés, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os fatores de riscos dos usuários com Diabetes Mellitus não controlados na área de abrangência;
- Desenvolver ações de educação em saúde para a conscientização da população sobre os riscos e complicações do Diabetes Mellitus;
- Promover palestras educativas para a comunidade.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o Método de Planejamento Estratégico Situacional - PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). De acordo com o PES, foi realizado o diagnóstico situacional, reconhecendo os principais problemas enfrentados pela equipe de saúde para planejamento das ações. Foi utilizado o método da Estimativa Rápida Participativa e, durante a proposta para elaboração de ação, identificaram-se os nós críticos e evidenciou-se a necessidade da realização do projeto e da participação da equipe multidisciplinar, realizando modificações pertinentes na rotina do trabalho.

Trata-se de um estudo intervencionista. A seleção do problema foi feita por análise de determinados critérios e dados fornecidos pelo SIAB e outros pela equipe por meio das diferentes fontes de obtenção de dados como consulta a prontuários, observação rigorosa dos pacientes nas consultas e visitas domiciliares.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica para aprofundar o conhecimento sobre a temática em questão, em livros, artigos de periódicos e revistas especializadas, material confiável disponível na internet, em sites de busca científica como o PUBMED, Google Acadêmico, Periódicos CAPES e Scielo.

Foram utilizados como método de coleta de dados, prontuários, observação, consultas e trabalhos em grupo. Assim, os dados foram interpretados de forma plena de maneira qualitativa e quantitativa para posteriormente processar a análise do conteúdo.

Participaram deste estudo os idosos diabéticos da unidade que não aderiram ao tratamento. Para o desenvolvimento deste trabalho foi essencial a participação da equipe multiprofissional que compõe a unidade de saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

Como se sabe, a Estratégia Saúde da Família é entendida como uma estratégia que veio para a reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Na prática, as equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias adscritas e localizadas em uma “área geográfica delimitada onde as equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de patologias e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade” (SOUSA; GUEDES, 2012, p.6).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi oficialmente implantada em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS) como um programa e posteriormente em 1997, alçada à condição de estratégia de reorganização do modelo assistencial. Caracteriza-se como um conjunto de ações de reabilitação, prevenção e promoção da saúde, focadas na perspectiva da família e da comunidade a partir do trabalho de uma equipe interdisciplinar no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (BARRA, 2013, p. 13).

A ESF adota uma concepção mais ampla de saúde e de entendimento dos determinantes do processo saúde-doença. “[...] propõe a articulação entre saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento dos problemas de saúde (SORATTO *et al.*, 2015, p. 588).

Nota-se que no controle do Diabetes Mellitus (DM), a falta de adesão ao tratamento é um desafio frequentemente enfrentado na prática clínica pelos profissionais dos serviços de saúde. Portanto, conhecer a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso tem importância clínica para a equipe multiprofissional, pois poderá possibilitar o direcionamento da tomada de decisões em relação ao tratamento do diabetes na equipe da Estratégia Saúde da Família.

Faria *et al.* (2014, p.258) afirmam que:

As ações de saúde implementadas pelas equipes da Saúde da Família têm possibilitado incrementar novas relações entre profissionais de saúde, famílias e comunidades, pautadas no estabelecimento de vínculo e na criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, o que facilita a identificação e o atendimento dos

problemas de saúde da comunidade, como a falta de adesão ao tratamento em DM.

5.2 Breve conceito: Diabetes Mellitus

Atualmente, o Diabetes Mellitus (DM) é uma patologia que tem despertado o interesse de muitos profissionais da saúde e da população, pois é uma patologia crônica de escala mundial e que, no passar dos anos, tornou-se causa de preocupação para a saúde pública.

O DM não é uma única patologia, mas um grupo de distúrbios metabólicos que apresenta a hiperglicemia como fator preponderante, ou seja, o açúcar em alta quantidade no organismo, especificamente na corrente sanguínea, a qual é causada por defeitos na ação da insulina, na excreção de insulina ou em ambos os casos, impedindo a entrada da glicose nas células para sua metabolização. É uma patologia que se instala silenciosamente e provoca muitas complicações para o organismo, ocasionando no início sintomas bem comuns, como: fome exagerada, muita sede, boca seca, urina em grande quantidade e perda de peso (DIRETRIZES SBD, 2009, p. 21).

Questionar sobre o número de diabéticos presentes na população e os problemas causados por essa doença é de suma relevância, pois o Diabetes Mellitus oferece boas possibilidades de controle quando seguido o tratamento. Entretanto, se não for bem controlada, poderá produzir lesões potencialmente fatais, como: infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, cegueira, impotência, nefropatia, úlceras nas pernas e até amputações de membros, mas se bem monitorada, as complicações crônicas podem ser evitadas e o paciente diabético pode ter uma boa qualidade de vida.

Para os fisiologistas Guyton e Hall (2006, p. 30), o Diabetes Mellitus “é uma síndrome do metabolismo defeituoso de carboidratos, proteínas e lipídios, causados tanto pela ausência de secreção de insulina, como pela diminuição da sensibilidade dos tecidos à mesma”.

5.3 Classificação do Diabetes Mellitus

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 12), há duas formas para classificar o diabetes, “de acordo com defeitos ou processos específicos e a classificação em estágios de desenvolvimento, incluindo estágios pré-clínicos e

clínicos, este último incluindo estágios avançados em que a insulina é necessária para controle ou sobrevivência”.

Segundo Smeltzer e Bare (2005), o Diabetes Mellitus é classificado em Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2, Diabetes Mellitus gestacional, Diabetes Mellitus associado a outras condições ou síndromes.

O DM tipo 2 abrange cerca de 90% dos casos de diabetes na população, sendo que o DM tipo 1 responde por aproximadamente 8%. O Diabetes gestacional também merece destaque, devido a seu impacto na saúde da gestante e do feto (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010 *apud* BRASIL, 2013, p.28). Em algumas circunstâncias, a diferenciação entre o Diabetes tipo 1 e o tipo 2 pode não ser simples.

Outros tipos específicos de Diabetes são mais raros e podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao DM (BRASIL, 2013, p. 28).

O diagnóstico do Diabetes baseia-se na detecção da hiperglicemia. Existem quatro tipos de exames que podem ser utilizados: glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas (TTG) e, em alguns casos, hemoglobina glicada (HbA1c).

A apresentação do Diabetes tipo 1 é, em geral, abrupta, acometendo especialmente crianças e adolescentes sem excesso de peso. Na maioria dos casos, a hiperglicemia é acentuada, evoluindo rapidamente para cetoacidose, especialmente na presença de infecção ou outra forma de estresse. Assim, o traço clínico que mais define o tipo 1 é a tendência à hiperglicemia grave e cetoacidose. O termo “tipo 1” indica o processo de destruição da célula beta que leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose. A destruição das células beta é geralmente causada por processo autoimune (tipo 1 autoimune ou tipo 1A), que pode ser detectado por autoanticorpos circulantes como antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina. Em menor proporção, a causa é desconhecida (tipo 1 idiopático ou tipo 1B). A destruição das células beta em geral é rapidamente progressiva, ocorrendo principalmente em crianças e adolescentes (pico de incidência entre 10 e 14 anos), mas pode ocorrer também em adultos (BRASIL, 2013, p.29).

O DM tipo 2 tem início insidioso e sintomas mais brandos. Manifesta-se, em geral, em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de

DM tipo 2. No entanto, com a obesidade atingindo também as crianças, observa-se um aumento na incidência de Diabetes em jovens, crianças e adolescentes.

O termo “tipo 2” é usado para designar uma deficiência relativa de insulina, isto é, há um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção, o qual é menos intenso do que o observado no Diabetes tipo 1. Após o diagnóstico, o DM tipo 2 pode evoluir por muitos anos antes de requerer insulina para controle. Seu uso, nesses casos, não visa evitar a cetoacidose, mas alcançar o controle do quadro hiperglicêmico (BRASIL, 2013, p.29).

O Diabetes gestacional é um estado de hiperglicemia, menos severo que os Diabetes tipo 1 e 2, detectado pela primeira vez na gravidez. Geralmente, se resolve no período pós-parto e pode frequentemente retornar anos depois. “Hiperglicemias detectadas na gestação que alcançam o critério de diabetes para adultos, em geral, são classificadas como diabetes gestacional, independentemente do período da gestação, sua resolução ou não após o parto” (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011, *apud* BRASIL, 2013, p. 29).

5.4 Intervenções para melhorar a Adesão ao Tratamento do Diabetes Mellitus em idosos

A senilidade populacional é um fenômeno mundial, que decorre da interação dinâmica das taxas de mortalidade e fecundidade ao longo dos anos. Nesse processo existem alterações fisiológicas e funcionais, próprias à senescência. “Os idosos são mais propensos à ocorrência de doenças crônicas, como o Diabetes Mellitus (BORELLI *et al.*, 2008, p. 236).

De acordo com Silva *et al.* (2016, p. 309), estima-se que, no início do século XXI, “5,2% de todos os óbitos no mundo foram atribuídos ao DM, tornando essa doença a quinta principal causa de morte e que, em 2030, o Brasil terá uma população de aproximadamente 11,3 milhões de diabéticos dos quais aproximadamente 33% terão entre 60 e 79 anos”.

A intervenção na atenção à saúde do idoso portador de Diabetes objetiva, principalmente, manter os níveis de glicemia normais, evitando as lesões micro e macrovasculares e estabelecendo o controle dos fatores de riscos cardiovasculares como também o rastreamento e tratamento das síndromes geriátricas comuns.

“Busca-se manter a capacidade máxima do idoso, de forma a resguardar a independência física e mental no âmbito da comunidade e família, estimulando-o a participar ativamente do seu processo de autocuidado” (TAVARES, 2007, p.1341).

Entre os fatores que influenciam na adesão ao tratamento da pessoa com Diabetes, o desconhecimento do paciente em relação às complicações da doença, bem como o conhecimento e envolvimento dos familiares em relação à doença e aos fatores que influenciam no seu controle. O processo educativo é importante para complementação do tratamento dos pacientes com Diabetes Mellitus. A adesão ao tratamento está diretamente ligada à participação em grupos, confiança nas informações recebidas da equipe multidisciplinar e, conseqüentemente, a formação de vínculos entre os profissionais e usuários do serviço. É essencial que os profissionais de saúde capacitem os cuidadores e supervisionem a execução das atividades essenciais necessárias ao cotidiano do idoso. (OLIVEIRA, 2014, p.10)

Ainda Oliveira (2014) relata em seu estudo que é preciso levar em consideração a escolaridade dos pacientes no processo de aprendizagem.

Estratégias para um “[...] controle metabólico rigoroso, em conjunto com medidas relativamente simples, é capaz de prevenir ou retardar complicações crônicas do Diabetes Mellitus, resultando em melhor qualidade de vida para o indivíduo diabético [...]” (MENEZES *et al.*, 2014, p.836). Portanto, o seu controle envolve medidas de modificação do seu estilo de vida. O manejo do Diabetes Mellitus deve ser feito a partir de um sistema de saúde hierarquizado, tendo como base a atenção primária à saúde

Os familiares podem contribuir para que a adesão e a implantação das terapias sejam aceitas pelos pacientes... auxiliá-los a administrar os medicamentos, incentivar a prática de atividade física e o controle alimentar, reduzindo os fatores de risco para a não adesão ao tratamento (SANTO *et al.*, 2012 p. 98).

A prática de atividades físicas e uma alimentação balanceada são medidas importantes necessárias para o controle da glicemia, em consonância ao tratamento farmacológico. Porém, em leitura a literatura foi enfatizada a dificuldade de adesão a tratamentos que exigem uma mudança de hábitos de vida. Pesquisas têm demonstrado “[...] a associação de DM com sobrepeso e obesidade, sugerindo que o ganho de peso da população pode influenciar no aumento da prevalência de DM. Silva *et al.*, (2010, p.462) destacam a importância da atenção da equipe de saúde

sobre hábitos de vida e alimentares da população idosa, levando em consideração as alterações metabólicas que essa população pode apresentar.

Entende-se que quanto maior o vínculo que este usuário tem com sua equipe de saúde, mais protegido estará de possíveis complicações. Portanto, devemos incentivar a realização da visita domiciliar pelos integrantes das equipes de saúde da família, em particular pelo Agente Comunitário de Saúde, enfocando a adesão ao tratamento.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem como atribuições “[...] o favorecimento da relação paciente-equipe, estimulando uma participação ativa deste usuário e familiares, ajudando-o a seguir as recomendações em relação à dieta, à atividade física regular, ao uso correto das medicações, entre outras mudanças de estilo de vida” (BRASIL, 2006a, p.9).

O Ministério da Saúde define para a atenção básica, a consulta médica e de enfermagem, com realização do plano individualizado de cuidados para cada paciente.

Cabe ao enfermeiro realizar a consulta de enfermagem nos indivíduos com maior risco para o DM; definir a presença do risco e encaminhar ao médico da unidade para o rastreamento com a glicemia de jejum quando necessário. A consulta de enfermagem específica para o usuário diabético deve abordar os fatores de risco, estratificando o risco cardiovascular, orientações para mudança de estilo de vida e tratamento não medicamentoso, verificando a adesão e possíveis intercorrências ao tratamento e encaminhar ao médico, quando necessário (FARIAS, 2014, p.6).

Contudo, “recomenda-se que a consulta de rastreamento para a população-alvo definida pelo serviço de Saúde seja realizada pelo enfermeiro da UBS, encaminhando para o médico em um segundo momento, a fim de confirmar o diagnóstico dos casos suspeitos” (BRASIL, 2013, 28).

São recomendadas quatro consultas médicas por paciente diabético a cada ano na atenção básica, e está inclusa nessas consultas a realização da confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis comorbidades, visando à estratificação do risco cardiovascular do portador de diabetes, solicitação de exames complementares, quando necessário, orientação sobre mudanças no estilo de vida, prescrição de tratamento não medicamentoso e tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso (MEZENCIO, 2014, p. 23).

No que se refere à adesão ao tratamento medicamentoso, entre as doenças crônicas, o DM é a que apresenta menores taxas de adesão, levando a um maior comprometimento da saúde e gerando uma demanda maior nas ESF (SANTOS; OLIVEIRA; COLET, 2010).

Com base nas informações encontradas nesta revisão, é fato que a Unidade Básica de Saúde da Família Serra Verde precisa de uma reformulação no seu processo de trabalho, atualizando, rastreando novos casos e realizando busca ativa de casos que não estão controlados, iniciando o cadastramento de 100% dos seus usuários diabéticos, possibilitando o conhecimento do perfil desses usuários e realizando a classificação de risco de cada um.

A construção de protocolos tanto clínico quanto de organização dos serviços é necessária para a organização do processo de trabalho.

De acordo com Faria *et al.* (2009, p.31), “Os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseados na melhor informação científica [...]”. Portanto, acredita-se que, para auxiliar o indivíduo portador de DM a superar as concepções errôneas sobre a patologia e melhorar a qualidade de vida das pessoas, é preciso praticar a educação em saúde que o oriente e o determine a ser protagonista de seu cuidado, proporcionando-lhe os meios para superar as limitações decorrentes do seu processo saúde doença que implicam, muitas vezes, em privações emocionais, sociais e econômicas.

De acordo com Lima (2012, p.15), no Brasil, estudos recentes demonstraram que:

As intervenções educativas e as orientações farmacêuticas, dentro do serviço de Atenção Farmacêutica e Atenção Básica, contribuem para melhorar a adesão ao tratamento em cerca de 70% dos casos. Em outros países, as intervenções farmacêuticas mostram resultados positivos, reduzindo custos, melhorando as prescrições, controlando o risco de reações adversas e promovendo maior adesão dos idosos ao tratamento.

Em toda a literatura estudada, constata-se que a educação em saúde é considerada como processo potencializador, com ênfase às práticas de educação e promoção da saúde, trabalhando os conteúdos de forma crítica e contextualizada, estimulando o empoderamento da população e a sua autonomia para decidir sobre sua vida e sua saúde, em oficinas pedagógicas ou em programas de educação em

saúde com a coparticipação do usuário em questão. Estudos e experiências demonstram que a educação em saúde promoverá adesão ao tratamento, com o controle dos níveis de glicemia, a prática de atividade física e o controle da dieta alimentar, resultando em melhora da qualidade de vida, redução do número de descompensações, menor número de internações hospitalares e maior aceitação da patologia.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Esta proposta refere-se ao problema priorizado “Alta incidência e prevalência de casos de Diabetes Mellitus na comunidade do território ESF Serra Verde, para o qual se registra a descrição, a explicação e a seleção de seus “nós críticos”, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A disciplina de Planejamento e avaliação das ações em saúde estudada no CEESF serviu de referência para se obter informações sobre o território da UBS Serra Verde. Utilizou-se o método de Estimativa Rápida, onde a equipe de saúde reuniu informações sobre as condições e forma de vida daquela comunidade, buscando os dados existentes nos registros na unidade de saúde, SIAB, etc. Outra ferramenta escolhida foram os contatos realizados com usuários que vivem no território da comunidade adscrita à UBS Serra Verde. Assim, os profissionais da equipe se reuniram e discutiram os principais problemas de saúde identificados no diagnóstico situacional. Pela impossibilidade de se resolver os problemas descritos de uma só vez, foi estabelecida uma ordem de prioridade. Para tanto, a equipe verificou a capacidade de enfrentamento do problema, sua importância e urgência para aquele indivíduo e seu reflexo na comunidade para depois propor formas de enfrentamento para o problema entendido como prioritário (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado

Por meio da observação ativa da população adscrita ao território de atuação da equipe Serra Verde e observação dos instrumentos de registros existentes, notou-se o grande impacto do Diabetes Mellitus sobre a saúde da comunidade local, em especial a dificuldade da adesão ao tratamento em pessoas idosas. O problema da alta incidência e prevalência do Diabetes Mellitus foi evidenciado mediante a observação direta e durante o processo de trabalho, consultas médicas, atendimentos à demanda espontânea.

O DM é considerado uma síndrome por estar frequentemente associado a um agregado de distúrbios metabólicos, tais como

obesidade, aumento da resistência à insulina, hipertensão e dislipidemias, entre outros. A presença desses fatores de risco e lesões em órgãos-alvo, quando presentes, é importante e deve ser considerada na estratificação do risco individual, com vistas ao prognóstico e decisão terapêutica. (ROSÁRIO, *et al.* 2009, p.673).

Na ESF Serra Verde, existem 105 pessoas cadastradas com diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) na área de abrangência da equipe. Podemos afirmar que esta situação está dada principalmente pela falta de informação dos diabéticos sobre a prevenção da doença, a ausência de atividades educativas para este grupo, a presença de fatores de risco, a falta de informação para a família, a pouca preparação da equipe de saúde sobre o tema.

Salientamos que o inadequado controle de pacientes diabéticos com fatores de risco associado é um problema de saúde que está relacionado a várias causas, entre as quais se destacam: uso de vários medicamentos sem chegar à dosagem máxima de nenhum deles; hábitos alimentares não saudáveis, consumo excessivo de álcool e cigarro, não comparecimento à consulta médica regularmente, não controle do peso corporal, não avaliação periódica dos fatores de risco cardiovascular e não tratamento dos mesmos.

6.2 Seleção dos nós críticos

Após discutirmos com a equipe de saúde os problemas identificados na área de abrangência e conhecendo sua importância, urgência, capacidade de enfrentamento e a ordem de prioridade, observou-se que o elevado índice de diabéticos não controlados está acompanhada de alguns nós críticos que contribuem para o aumento de sua incidência.

Após esta análise, identificamos como "nós críticos" do problema:

- Déficit nos níveis de conhecimento da comunidade sobre o Diabetes Mellitus.
- Baixa adesão ao tratamento e controle da doença e complicações;
- Hábitos e estilos de vida inadequados contribuindo para a não adesão ao tratamento e aumento das complicações do Diabetes Mellitus;

- Pouca preparação da equipe de saúde sobre o tema.

6.3 Desenho das operações

Após a identificação dos nós críticos, desenhamos as operações/projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução, que foram descritas nos quadros seguintes.

As operações sobre cada um dos “nós críticos” são relacionadas nos quadros a seguir “Alta incidência e prevalência dos casos do Diabetes Mellitus”, na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Serra Verde.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta incidência e prevalência de casos do Diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Serra Verde do município de Serra dos Aimorés, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Déficit nos níveis de conhecimento da comunidade sobre o Diabetes Mellitus
Operação (operações)	Mais Conhecimento - Implementar, publicizar o grupo operativo de usuários e familiares para educação em saúde, abordagens sobre o problema, formas de controle, responsabilização, autocuidado sobre a doença e adesão ao tratamento.
Projeto	Desenvolvendo, sensibilizando e internalizando o autocuidado.
Resultados esperados	Sensibilizar 100% dos casos perfis, predisponentes e portadores do Diabetes Mellitus.
Produtos esperados	Grupo Operativo Implementado
Recursos necessários	Estrutural: Equipe multiprofissional- ACS, Técnicos de enfermagem, enfermeiro, médico. Cognitivo: Rodas de conversas, informações sobre educação alimentar, autocuidado, tomada de medicamentos e adesão ao tratamento. Financeiro: Recursos para xerox, reprodução de pôster, panfletos, brindes, visitas educativas em outros setores da rede. Político: Secretaria de Saúde, setores de saúde e parceiros institucionais. Articulação intersetorial e mobilização social.
Recursos críticos	Estrutural: Corresponsabilização da equipe multidisciplinar Cognitivo: Entendimento e associação da teoria e prática pela população. Político: Adesão dos profissionais e parceiros institucionais. Financeiro: Liberação de recursos ou disponibilidade imediata dos recursos necessários para ações efetivas.
Controle dos recursos críticos	Gerente da unidade, médico, enfermeiro. Motivação Favorável.
Ações estratégicas	Fortalecimento de vínculos junto à família, usuários e rede de saúde com escuta qualificada, humanizada, fomentando utilização de recursos presentes na comunidade.
Prazo	3 meses
Responsáveis pelo	

acompanhamento das operações	Enfermeira/Médica
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Utilização de instrumentos de registros da equipe, confecção de gráficos, comparação de indicadores, incidência e prevalência dos índices registrados e avaliação junto à equipe, realizando verificações mensais e pactuando estratégias conforme a demanda.

Fonte: Produção da autora, 2018.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta incidência e prevalência de casos de Diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Serra Verde do município de Serra dos Aimorés, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Baixa adesão ao tratamento e controle da doença e complicações
Operação (operações)	Melhor adesão- Garantir fornecimento de informações, modificação de comportamento e estratégias que tornam a pessoa capaz de administrar as situações associadas ao cuidado do diabetes.
Projeto	Desenvolver estratégias de intervenção dirigidas a portadores de diabetes, tais como grupos psicoeducacionais e de família.
Resultados esperados	Aumentar inicialmente 20% de adesão ao tratamento no território do PSF Serra Verde.
Produtos esperados	Aumento da adesão dos pacientes ao tratamento e controle das complicações.
Recursos necessários	Estrutural: Será acompanhado pelos ACS no território, enfermeira e médica, e compartilhado com a equipe multidisciplinar. Cognitivo: Repassar as informações em reuniões junto a comunidade, elaborar material didático, realizar visitas domiciliares e grupos operativos. Financeiro: gastos com material didático. Político: Secretaria de Saúde, Coordenação da atenção básica e parceiros institucionais.
Recursos críticos	Estrutural: Disponibilidade de outros profissionais como psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos. Cognitivo: Entendimento da equipe sobre os objetivos da proposta de intervenção. Político: Adesão do secretário de saúde, equipe e comunidade. Financeiro: Material didático.
Controle dos recursos críticos	Secretário de saúde, gerente da unidade, profissionais da equipe. Motivação favorável.
	Utilizar os grupos operativos para sensibilizar a comunidade quanto a

Ações estratégicas	adesão ao tratamento; .Estimular a construção de espaços com rodas de conversas e troca de experiências; Articular ações para prevenção e para o controle da obesidade. Fortalecer ações de promoção da saúde junto a parceiros para aumento da adesão ao tratamento e prevenção de complicações.
Prazo	4 meses
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Equipe de profissionais da unidade.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Registros da equipe, avaliação junto à equipe, verificações mensais, sistema de informação.

Fonte: Produção da autora, 2018.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta incidência e prevalência de casos de Diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Serra Verde do município de Serra dos Aimorés, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Hábitos e estilos de vida inadequados contribuindo para a não adesão ao tratamento e aumento das complicações do Diabetes Mellitus.
Operação (operações)	Mais Saúde - Estabelecer práticas de identificação precoce dos fatores de riscos
Projeto	Desenvolver hábitos saudáveis de vida
Resultados esperados	Reduzir inicialmente 10% do número de obesos em cada micro área adscrita ao PSF Serra Verde.
Produtos esperados	Programa de caminhada e atividades físicas semanais implantadas.
Recursos necessários	Estrutural: Profissionais que irão acompanhar serão a enfermeira/médica e ACS da área, podendo ser convidados outros profissionais da rede. Cognitivo: Repassar as informações via material pedagógico impresso, rodas de conversa, palestras, entre outros. Financeiro: gastos com material didático/impressões. Político: Secretaria de Saúde, setores de saúde e parceiros institucionais.
Recursos críticos	Estrutural: Disponibilidade de profissionais especializados como educador físico e nutricionista disponível na rede. Cognitivo: Aceitação e entendimento dos objetivos da proposta e

	<p>realização de atividades físicas.</p> <p>Político: Adesão do gestor local e parceiros.</p> <p>Financeiro: Compra de alguns equipamentos esportivos (bola, bastão, halteres)</p>
Controle dos recursos críticos	Gestor local, gerente da unidade, profissionais da equipe. Motivação Indiferente
Ações estratégicas	<p>Implantar ações de promoção de práticas corporais/atividade física e modos de vida saudáveis para a população, em parceria com academias, ONGS e outros.</p> <p>Ampla publicização, realização de eventos na praça, unidade de saúde.</p> <p>Estimular a construção de espaços urbanos ambientalmente sustentáveis e saudáveis.</p> <p>Ampliar e fortalecer as ações de alimentação saudável.</p> <p>Promover ações de regulamentação para promoção da saúde.</p> <p>Avançar nas ações de implementação e internalização das medidas legais para o controle do tabaco.</p> <p>Articular ações para prevenção e para o controle da obesidade.</p> <p>Fortalecer ações de promoção da saúde e de prevenção do uso abusivo do álcool.</p> <p>Implantar um modelo de atenção integral ao envelhecimento</p>
Prazo	6 meses
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Equipe multidisciplinar
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Emprego de instrumentos de registros da equipe, confecção e checagem de indicadores, incidência e prevalência dos índices registrados pela equipe e avaliação com verificações mensais e pactuação de estratégias conforme a demanda. Avaliação médica periódica do quadro clínico dos pacientes.

Fonte: Produção da autora, 2018.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Alta prevalência e incidência de casos de Hipertensão Arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Serra Verde do município de Serra dos Aimorés, Minas Gerais.

Nó crítico 4	Pouca preparação da equipe de saúde sobre o tema.
Operação (operações)	Melhor Cuidado - Estabelecer práticas de educação permanente junto à equipe multidisciplinar, montando grupos de estudos para os cuidados e ações em saúde com os diabéticos e estratificação de

	riscos para a doença e complicações.
Projeto	Desenvolver educação permanente com a equipe e rodas de conversa junto aos familiares, diabéticos e população em geral.
Resultados esperados	Capacitar em 100% os profissionais da equipe de saúde, para reduzir inicialmente em 40% os indicadores e fatores de risco para o Diabetes Mellitus.
Produtos esperados	Triagem, seleção, busca ativa de casos e estudo de casos junto à equipe multiprofissional para implantar ações para minimizar os riscos e complicações causadas pelo diabetes.
Recursos necessários	Estrutural: Profissional para acompanhar os grupos. Cognitivo: Discussão sobre os casos clínicos mais graves e trocas de experiências. Financeiro: Impressão de materiais didáticos, instrumentos de registros padronizados. Político: Reunir outros atores da rede de atenção em saúde/parcerias institucionais.
Recursos críticos	Cognitivo: Corresponsabilização da proposta pela equipe Político: Adesão da equipe e parceiros institucionais Financeiro: Construção de uma sala de reuniões.
Controle dos recursos críticos	Enfermeira e médica. Motivação favorável.
Ações estratégicas	Apresentar a proposta do projeto à equipe e esclarecer dúvidas, prazos.
Prazo	2 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médica e Enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Emprego de instrumentos de registros da equipe Serra Verde, construção de indicadores, gráficos, comparação de indicadores, incidência e prevalência dos índices registrados e avaliação junto à equipe, realizando verificações mensais e pactuando estratégias conforme a demanda da equipe.

Fonte: Produção da autora, 2018.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os altos índices de diabéticos não controlados na área de abrangência da ESF Serra Verde no município de Serra dos Aimorés, o presente plano de ações visa à adesão ao tratamento, redução das complicações assim como à melhora da qualidade de vida da população observada.

Para se alcançar os resultados esperados se fazem necessárias a elaboração e implantação de estratégias capazes de orientar e conscientizar a população sobre os riscos que estão expostos para que se consiga a diminuição da prevalência do DM não controlado.

Ações educativas devem ser implantadas nas comunidades e as visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde devem orientar a população sobre o uso correto dos medicamentos assim como a adoção de hábitos e estilos de vida para evitar o descontrole da glicemia bem como aprimorar o atendimento nas unidades de saúde para o controle das pessoas diabéticas.

Com um bom controle dos fatores de risco que afetam à população como a obesidade, o sedentarismo, o tabagismo, uso excessivo de álcool e café, maus hábitos alimentares, melhores resultados serão alcançados. O essencial é orientar corretamente o paciente sobre a necessidade da adesão ao tratamento e controle da doença, valorizando a sua participação e de seus familiares.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standard of medical care in diabetes – 2011. *Diabetes Care*, Alexandria, v. 2011. Alexandria, v. 34, Suppl. 1, Jan. 2011. *Apud* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento, Diagnóstico e Acompanhamento da Pessoa com Diabetes Mellitus na Atenção Básica**. Brasília, 2013. p. 29.

ATLAS. Brasília: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2010. [internet]. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/serra%20dos%20aimor%C3%A9s_mg> Acesso em: 30 jan. 2018.

BARRA, A. R. S.; **Gestão da Estratégia Saúde da Família: o desafio de consolidar a intersetorialidade**. Universidade Federal de Juiz de Fora Faculdade de Serviço Social. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação. Juiz de Fora, 2013, p. 13.

BAZOTTE, R. B. **Paciente diabético: Cuidados Farmacêuticos**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010, 304 p.

BORELLI, F. A. O. et al. Hipertensão arterial no idoso: importância em se tratar. **Rev. Bras Hipertensão** v.15, n. 4, 2008, p. 236.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@. Território e Ambiente. Serra dos Aimorés**. [online], 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/serra-dos-aimores/panorama>> Acesso em: 30 jan. 2018.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. [online], 2017. **População estimada. Serra dos Aimorés**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/serra-dos-aimores/panorama>> Acesso em: 30 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. p. 43.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília. Caderno de Atenção Básica, nº 16, p. 9-13, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, p.28-29.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 16, 2006. p. 12.

CABRALES, E. C. ; **Plano de ação para aumentar a adesão de idosos no tratamento de diabetes mellitus, Ubá-MG**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. 2016, p. 17.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010, p.35-36. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 31 jan. 2018.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, 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: 01 fev. 2018.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2009. **Sociedade brasileira de diabetes**. 3 ed. Itapevi: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009, p. 21.

FARIA H.P. **Processo de trabalho em saúde**. Nescon/UFMG – 2 ed. Belo Horizonte, 2009, p. 31. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Processo_de_trabalho_e_m_saude_2/3. Acesso em: 02 fev. 2018.

FARIA, H. T,G; SANTOS, M. A; ARRELIAS, C. C. A, RODRIGUES F.F. L. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2014, p. 258.

FARIAS, A. N. P. N. **Consulta de enfermagem no cuidado ao usuário com hipertensão arterial e diabetes na estratégia de saúde da família**. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, 2014, p.6.

GUYTON, A. C. **Tratado de fisiologia médica** / Arthur C. Guyton, John E. HALL, 2006; tradução de Barbara de Alencar Martins [et al.]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006, p. 30.

MENEZES, T. N.; SOUSA, N. D. S.; MOREIRA, A. S.; PEDRAZA, D. F. Diabetes mellitus referido e fatores associados em idosos residentes em Campina Grande, Paraíba. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, PB, Brasil. Rev. Bras. **Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2014; p. 836. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n4/1809-9823-rbgg-17-04-00829.pdf>> Acesso em: 24 de fev. 2018.

MEZENCIO, M. A. Adesão **Ao tratamento do diabetes mellitus: um plano de intervenção para a estratégia de saúde da família Doutor José dos Reis no município de São José da Barra-Minas Gerais.** Trabalho de conclusão de Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família-UFMG. Formiga-MG. 2014, p.23 Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Adesao_ao_tratamento_do_diabetes_mellitus_um_plano_interven%C3%A7%C3%A3o.pdf> Acesso em: 24 de fev. 2018.

OLIVEIRA, P. S. P.; **Adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial e do diabetes mellitus: um trabalho em conjunto.** Monografia. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Doenças Crônicas não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014, p. 10.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA DOS AIMORÉS Plano Municipal de Saúde 2013-2016. Secretaria Municipal de Saúde. Serra dos Aimorés. Minas Gerais. 2016.

REBELO, T. A. A. **Retinopatia diabética: Uma revisão bibliográfica.** Dissertação (Mestre em Medicina) – Pontifícia Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2008. 60 f.

ROSÁRIO, T. M. ; SCALA, L. C. N.; FRANÇA, G. V. A; PEREIRA, M. R. G.; JARDIM, V. P. C. B. Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobres – MT. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso¹, Cuiabá, MT. **Arq Bras Cardiol** 2009, p. 673. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n6/18.pdf>> Acesso em: 24 de fev. 2018.

SANTO, M.B.E. et al. Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. **Rev. Enfermagem.** v. 15. n. 01 . Jan/Abr., 2012, p. 98.

SANTOS F. S.; OLIVEIRA, K. R.; COLET, C. F.; Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de diabetes mellitus, atendidos em uma Unidade básica de saúde no município de Ijuí: um estudo exploratório. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v.31, n.3, p.223-237 2010.

SILVA, A. B. ; ENGROFF, P. ; SGNAOLIN, V.; ELY, L.C; GOMES, I Prevalência de diabetes e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.308-316, 2016.

SILVA, L.,M.,C.; PALHA, P.,F.; BARBOSA, G.,R. et al. Aposentados com diabetes tipo 2 na Saúde da Família em Ribeirão Preto, São Paulo - Brasil. **Rev Esc Enferm USP.**, v.44, n.2, p.462-468, 2010.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica.** v. 3. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SORATTO, J. ; PIRES, D. E. P.; DORNELLES, S.; LORENZETT, J. Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.4, n.2, p. 584-92, 2015.

SOUZA, M. M. O. D. ; GUEDES, J. P. F. S. **A integração da vigilância em saúde com a atenção básica por meio da estratégia saúde da família.** Universidade de Itaúna – UIT/MG, Especialização em Vigilância Sanitária IFAR/PUC-GO, 2012, p. 6. Disponível em: <<http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/A%20INTEGRA%C3%87%C3%83O%20DA%20VIGIL%C3%82NCIA%20EM%20SA%C3%9ADE%20COM%20A%20ATEN%C3%87%C3%83O%20B%C3%81SICA%20POR%20MEIO%20DA%20ESTRAT%C3%89GIA%20SA%C3%9ADE%20DA%20FAM%C3%8DLIA.pdf>> Acesso em: 18 de fev. 2018.

TAVARES, D. M. S.; Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p.1341-1352, Oct. 2007. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000500032> > Acesso em: 01 Fev.2018.