

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

RENATA GONÇALVES CUNHA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE DIABETES NA EQUIPE DO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE INDUSTRIAL NO MUNICÍPIO DE MONTES
CLAROS**

MONTES CLAROS- MINAS GERAIS

2015

RENATA GONÇALVES CUNHA

ADESÃO AO TRATAMENTO DE DIABETES NA EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE INDUSTRIAL NO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS

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

Orientador: Prof. Dr. Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

MONTES CLAROS – MG

2015

RENATA GONÇALVES CUNHA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE DIABETES NA EQUIPE DO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE INDUSTRIAL NO MUNICÍPIO DE MONTES
CLAROS**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado - Orientador

MONTES CLAROS – MG

2015

RESUMO

A prevalência do Diabetes Mellitus está aumentando no Brasil e no mundo. A adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento tem importância na prevenção das complicações desta síndrome, que incluem lesões em múltiplos órgãos e aumento dos riscos para doenças cardiovasculares. Este trabalho fez uma análise da incidência do diabetes mellitus na área de abrangência da equipe de Estratégia Saúde da Família Cidade Industrial localizada no município de Montes Claros-MG, e das dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde na prevenção e tratamento; buscando aprofundar os conhecimentos sobre esta realidade e propor estratégias para melhor prevenção e tratamento. Essa análise permitiu afirmar que há uma grande incidência de pacientes diabéticos e com fator de risco que não aderem ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso. O Diabetes Mellitus é um importante problema de saúde pública, uma vez que é bastante frequente na população mundial e está associado às complicações que comprometem a produtividade, qualidade de vida e sobrevivência dos pacientes, além de gerar altos custos no tratamento e tratamento de suas complicações. Observou-se o desconhecimento por parte da população a despeito das causas e fatores de risco da doença, além da necessidade de projetos de prevenção da saúde e conscientização da comunidade, observou-se ainda o despreparo da equipe de saúde e conscientização da comunidade.

Palavras Chave: Diabetes Mellitus. Atenção primária à saúde. Terapêutica.

ABSTRACT

The prevalence of diabetes mellitus is increasing in Brazil and worldwide. The accession of diabetic patients to treatment is important to prevent the complications of this syndrome, including lesions in multiple organs and increased risk for cardiovascular disease. This work has analyzed the incidence of diabetes mellitus in the catchment area of the Health Strategy Team family Industrial City located in the municipality of Montes Claros, Minas Gerais, and the difficulties encountered by health professionals in the prevention and treatment; seeking further knowledge about this situation and propose strategies to better prevention and treatment. This analysis allowed us to state that there is a high incidence of diabetic patients with risk factors that do not adhere to non-drug and drug treatment. Diabetes mellitus is a major public health problem, since it is quite common worldwide and is associated with complications that compromise productivity, quality of life and survival of patients, and generate high costs in the treatment and management of its complications. There was ignorance on the part of the population in spite of the causes and disease risk factors and the need for preventive health projects and community awareness, it was still observed the unpreparedness of the health team and community awareness.

Keywords: Diabetes Mellitus. Primary health care. Therapy.

SUMÁRIO

| | |
|------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 07 |
| 2. JUSTIFICATIVA..... | 11 |
| 3. OBJETIVO..... | 15 |
| 4. METODOLOGIA..... | 16 |
| 5. RESULTADOS..... | 17 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 24 |
| REFERÊNCIAS..... | 25 |

1. INTRODUÇÃO

Identificação do município

Montes Claros é um município brasileiro no norte do estado de Minas Gerais. Pertence à microrregião homônima e Mesorregião do Norte de Minas, localizando-se a norte da capital do estado, distando desta cerca de 420 km². Ocupa uma área de 3 582,034 km², sendo que 38,7 km² estão em perímetro urbano e os 3543,334 km² restantes constituem a zona rural. Em 2013 sua população foi estimada pelo IBGE em 385 898 habitantes). Na gestão da prefeitura está o Sr. Ruy Adriano Borges Muniz. A Secretária de Saúde é a enfermeira Ana Paula de Oliveira Nascimento e a responsável pela coordenação da Atenção primária é a enfermeira Cláudia Versiane (IBGE, 2013).

História de criação do município

As terras do atual Município iniciaram seu povoamento em 1707 quando o bandeirante Antônio Gonçalves Figueira se fixou na região fundando uma fazenda que foi responsável pela formação do Arraial de Nossa Senhora da Conceição e São Jose de Formigas. Em 1769 a fazenda foi vendida ao alferes Jose Lopes de Carvalho que ergueu uma capela consagrada a Nossa Senhora da Conceição e São José. O Arraial passou a ser denominado de Povoado das Formigas. O povoado cresceu rápido, pois se localizava próximo da estrada que ligava arraial do Tejuco a Bahia. Em 1831 foi elevado a Vila com o nome de Montes Claros de formigas, desmembrando-se do Município de Serro Frio. Montes Claros foi emancipada pela Lei 802 de 03 julho de 1857 (MONTES CLAROS, 2015).

Descrição do município

A população em 2010 era de 361.971 pessoas, sendo 174.281 homens e 187.690 mulheres. O índice de desenvolvimento Humano (IDH) era de 0,770, sendo o 227º maior de todo país. A renda per capita na zona rural era de: R\$ 255,00 e a renda per capita na zona urbana era de: R\$ 450,00 (IBGE, 2010).

“O clima é quente e seco, caracterizado por altas temperaturas durante o ano todo, com média oscilando em torno de 26°C. A estação seca é prolongada registrando média de seis meses. A média do índice pluviométrico anual é de 1.070 mm” (MONTES CLAROS, 2015).

“O sistema de abastecimento de água na cidade de Montes Claros começou a ser operado pela COPASA em novembro de 1976 com o fornecimento de água tratada e coleta de esgoto. Atualmente são três os sistemas produtores, que possuem juntos uma vazão máxima de 64.800 m³ (sessenta e quatro mil e oitocentos metros cúbicos) de água potável por dia para a população montesclarenses. A COPASA abastece, hoje, mais de 360.000 (trezentos e sessenta mil) munícipes, das zonas rural e urbana” (MONTES CLAROS, 2015).

Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade

Montes Claros (MG) -2010.

| | | | | |
|------------------|--------|--------|----------|--------|
| Mais de 100 anos | 8 | 0,0% | 0,0% | 42 |
| 95 a 99 anos | 48 | 0,0% | 0,0% | 131 |
| 90 a 94 anos | 160 | 0,0% | 0,1% | 354 |
| 85 a 89 anos | 409 | 0,1% | 0,2% | 741 |
| 80 a 84 anos | 876 | 0,2% | 0,4% | 1.378 |
| 75 a 79 anos | 1.601 | 0,4% | 0,6% | 2.238 |
| 70 a 74 anos | 2.602 | 0,7% | 0,9% | 3.382 |
| 65 a 69 anos | 3.628 | 1,0% | 1,2% | 4.375 |
| 60 a 64 anos | 5.098 | 1,4% | 1,6% | 5.958 |
| 55 a 59 anos | 6.596 | 1,8% | 2,1% | 7.647 |
| 50 a 54 anos | 8.634 | 2,4% | 2,6% | 9.589 |
| 45 a 49 anos | 10.168 | 2,8% | 3,2% | 11.424 |
| 40 a 44 anos | 11.585 | 3,2% | 3,5% | 12.826 |
| 35 a 39 anos | 12.884 | 3,6% | 3,9% | 14.056 |
| 30 a 34 anos | 15.173 | 4,2% | 4,5% | 16.435 |
| 25 a 29 anos | 17.160 | 4,7% | 5,1% | 18.345 |
| 20 a 24 anos | 17.947 | 5,0% | 5,3% | 19.331 |
| 15 a 19 anos | 16.797 | 4,6% | 4,8% | 17.346 |
| 10 a 14 anos | 15.854 | 4,4% | 4,3% | 15.699 |
| 5 a 9 anos | 13.957 | 3,9% | 3,8% | 13.680 |
| 0 a 4 anos | 13.064 | 3,6% | 3,5% | 12.689 |
| | | Homens | Mulheres | |

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

O município de Montes Claros dispõe de 144 escolas de ensino fundamental e 45 de ensino médio. A população residente alfabetizada é de 311.869 pessoas.

Segundo IBGE (2010), a economia do município é diversificada pelas atividades agropecuárias, industriais e de prestação de serviços. A predominância maior está centrada no setor terciário, com seus diversos segmentos de comércio e prestação de serviços, notadamente nas áreas de educação e saúde. Em seguida, destaca-se o setor secundário, com seus complexos industriais de grande porte, bem como unidades produtivas de pequenos e médios portes.

A unidade de saúde que atuo é a Estratégia Saúde da Família do Bairro Cidade Industrial. O bairro tem uma escola e um Centro Municipal de Educação Infantil (CEMEI). Não há no bairro farmácia e laboratório. A maioria da população é beneficiada com água tratada e luz elétrica.

A unidade fica em uma casa na rua 43, número 210, bairro Cidade Industrial. O horário de funcionamento é das 07h00minh às 11h30minh e das 13h00minh às 17h00minh. A rua é asfaltada e com ponto de ônibus na frente da unidade. A estrutura física é precária, contando com um consultório odontológico, três consultórios para enfermagem e medicina, uma cozinha, um banheiro e a farmácia. Nessa estrutura estão duas equipes de saúde da família. A equipe que faço parte é composta por 01 médica, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem e 06 agentes de comunitárias de saúde.

Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) nossa área abrange 806 famílias, aproximadamente 2400 pessoas. Foram realizadas 4080 consultas médicas no ano 2014. A maioria das consultas é relacionada à hipertensão arterial sistêmica, diabetes, gastroenterocolites e IVAS (não há números registrados desses atendimentos). Na área são 54 diabéticos, 185 hipertensos e 01 tuberculoso registrados (SIAB, 2014).

Os atendimentos médicos ocorrem de segunda-feira a sexta-feira. Na segunda-feira o atendimento é para demanda espontânea e programada das 13h00minh às 17:00h. Na terça-feira das 07:30h às 11:30h fazemos o atendimento de retorno de exames. Na quarta-feira, quinta-feira e sexta-feira o atendimento da demanda espontânea e programada. Na quinta-feira no período vespertino fazemos atendimento exclusivo para as gestantes. No caso de pacientes acamados e pós-

cirúrgicos fazemos atendimento domiciliar mediante a necessidade do paciente. Constatamos que assim podemos oferecer maior acessibilidade à população.

A Estratégia Saúde da Família do bairro Cidade Industrial tem problemas com a estrutura física, materiais (falta de luvas de procedimentos, forro para maca, entre outros) e é necessária nova redistribuição por ser grande o número de famílias. Está sendo um desafio tentar montar um plano que consiga abranger de forma efetiva toda população.

Segundo Coelho (2009), a promoção do cuidado domiciliar e comunitário, ensinando o autocuidado aos paciente e destacando a adesão ao plano terapêutico como a meta mais importante do autocuidado que o paciente deve dominar. As condutas a serem tomadas pelo profissional são valiosas na promoção de habilidades de controle do autocuidado: 1. Abordar qualquer forma subjacente como: déficit de conhecimento, déficit de autocuidado, doença que possam interferir no controle do diabetes; 2. Simplificar o esquema de tratamento, caso seja de difícil execução pelo paciente; 3. Estabelecer um plano específico ou acordo com o paciente, com metas simples e mensuráveis; 4. Fornecer o reforço positivo dos comportamentos de autocuidado realizados em lugar de focalizar os comportamentos que foram negligenciados; 5. Ajudar o paciente a identificar os fatores de motivação pessoal em lugar de focalizar o desejo do profissional de saúde e 6. Encorajar o paciente a perseguir metas de vida e interesse em desencorajar um enfoque indevido sobre o diabete (SMELTZER, BARE, 2005).

2. JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de diabéticos descompensados na unidade Cidade Industrial, pelo grande número de pacientes com níveis glicêmicos não controlados e pelo risco de complicações evitáveis (complicações microvasculares e macrovasculares). “No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), de 2011, mostram que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011” (Brasil, 2011).

Segundo a OMS (2013), é estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente. As complicações diabéticas têm tomado o cenário das morbidades e das mortalidades, como internações hospitalares por longos períodos, retinopatia, que posteriormente leva a cegueira, nefropatia, que leva insuficiência renal terminal, neuropatia, que aumenta os casos de pés diabéticos, conseqüentemente a amputações de membros inferiores e/ou problemas cardiocirculatórios.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

Segundo a International Diabetes Federation (2012), atualmente o Diabetes Mellitus (DM) é uma doença que tem despertado o interesse de muitos profissionais da saúde e da população, pois é uma patologia crônica de grande escala em todo mundo, e que no decorrer dos anos tornou-se motivo de preocupação para a saúde pública. A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Nos países europeus e Estados Unidos (EUA) este aumento se dará, em especial, nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida enquanto que nos países em desenvolvimento ele ocorrerá em todas as faixas etárias, sendo que

no grupo de 45 a 64 anos, a prevalência será triplicada e, duplicada nas faixas etárias de 20 a 44 anos e acima de 65 anos . Indagar sobre essa situação seria bem importante, mas se percebe que não basta isso, mas sim, já iniciar trabalhos voltados para esse problema, porque o número de diabéticos cresce, e da mesma forma que crescem os problemas vigentes ao DM.

“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 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).

Para o fisiologista Guyton e Hall (2006 *apud* SOUSA, 2012) o DM 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. A insulina, neste caso, é responsável por esse metabolismo, a qual possibilita todo mecanismo hormonal da glicose a ser realizado no organismo. Esse hormônio é produzido pelas ilhotas de *Langerhans* no pâncreas, o órgão mais importante para a síntese da insulina endógena.

Na medida em que se constroem esses conceitos sobre o DM, existem as necessidades de encaminhá-los para aqueles que são denominados os pilares do cuidado, os profissionais de saúde. No diabetes, é critério para um bom resultado levar a população informações e o conhecimento a respeito do assunto, com a finalidade de trabalhar na prevenção deste problema, pois para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de diabéticos irá aumentar dos atuais 285 milhões (em 2010) para 435 milhões até 2030 no mundo. Essas estimativas indicam um número absurdo de casos de DM, caracterizando essa doença como extremamente preocupante para a população mundial (BAZOTTE, 2010 *apud* SOUSA, 2012).

“O DM pode envolver as seguintes possibilidades: redução da ação da insulina ou resistência a ela, redução da secreção de insulina ou ambas. Sua prevalência é maior em adultos, mas pode também se iniciar na infância ou adolescência em função do crescimento da obesidade nessas faixas etárias (BAZOTTE, 2010; DIRETRIZES SBD, 2009, apud SOUSA, 2012).

Segundo Brasil (2006 *apud* SOUSA, 2012), a OMS estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, ou seja, até 2012, cerca de 2% dos indivíduos acometidos pelo DM estariam cegos, 10% teriam deficiência visual grave e que 30% a 45% teriam algum grau de retinopatia. 10% a 20% desenvolveriam nefropatia, 20% a 35% teriam neuropatia e de 10% a 25% teriam desenvolvido doença cardiovascular. Esses são dados relevantes a se indagar sobre os problemas causados pelo DM, são essas as principais complicações causadas pela doença que se desenvolvem quando o diabetes não é tratado ou quando não é diagnosticado precocemente.

Bazotte (2010, *apud* SOUSA, 2012) acrescenta ainda que “pacientes diabéticos também apresentam maior incidência de catarata, impotência sexual, hipertensão, acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio. O DM e suas complicações são problemas de relevância para a população mundial, e no Brasil não é diferente, o número de diabéticos aqui é assustador, já existem 12.054.827 (IBGE, 2010), sendo necessárias intervenções através de políticas públicas em saúde, criando estratégias de promoção e prevenção; dentre elas o rastreamento e o diagnóstico precoce do DM”.

Apesar de não existir cura para a diabetes, existem diversos modos de tratar e controlar bem a diabetes tipo 2. O objetivo fundamental de qualquer tratamento para a diabetes é controlar a glicose no sangue, para manter estes valores dentro de limites normais para minimizar o risco de complicações tardias. O tratamento da diabetes tipo 2 assenta na promoção de um estilo de vida saudável. Os seguintes componentes são necessários para o sucesso do tratamento da diabetes tipo 2: as modificações da dieta/alimentação saudável; o exercício físico; a monitorização ou pesquisa de glicemias capilares; a educação do diabético. Só após estas medidas não farmacológicas não surtirem efeito, deve-se utilizar: medicação com antidiabéticos orais, de acordo com o estágio da diabetes e/ou insulina (quando

indicado). Eventualmente, outras medicações podem ser dirigidas às complicações tardias da diabetes (SBD, 2000).

No Brasil, um estudo realizado em Cuiabá/MT (FERREIRA; FERREIRA, 2009 *apud* SOUSA, 2012) descreveu as características epidemiológicas de 7.938 pessoas com DM atendidas na rede pública entre 2002 e 2006. Os principais fatores de risco cardiovasculares identificados foram: sobrepeso, sedentarismo e antecedentes familiares cardiovasculares. Mais de 80% dessas pessoas também eram hipertensas. O infarto agudo do miocárdio (IAM) foi a complicação mais frequentemente observada. Outro resultado importante foi a identificação de que o usuário, quando chega na Unidade Básica de Saúde (UBS), já apresenta sinais de estágio avançado da doença, o que demonstra, entre outros fatores, as dificuldades de diagnóstico precoce e ações de prevenção primária e secundária. Por essa razão, é importante que as equipes de Atenção Básica estejam atentas, não apenas para os sintomas de diabetes, mas também para seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade). A abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua qualidade de vida (prevenção terciária)

3. OBJETIVO

Elaborar um Projeto Intervenção para aumentar a adesão ao tratamento da diabetes na equipe do Programa de Saúde da Família do bairro Cidade Industrial do município de Montes Claros - MG.

4. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção é utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema. Foi realizada uma revisão de literatura com seguintes descritores: diabetes mellitus, equipe PSF.

5. RESULTADOS

Plano de Ação

O diagnóstico situacional é apenas um primeiro passo para num processo que busca construir um plano de ação para intervenção de um problema selecionado". (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.56)

Segundo os autores o Planejamento Estratégico Situacional é de vital importância no planejamento e gestão de ações e permite priorizar as mesmas conforme a capacidade real de execução no contexto em que está envolvido. O objetivo da proposta de intervenção é prevenir os distúrbios associados à síndrome do Diabetes Mellitus, abordando ainda as formas de tratamento e prevenção desta disfunção metabólica.

As metas a serem alcançadas com a implantação deste projeto são:

- ✓ Queda nos índices de morbimortalidade dos pacientes diabéticos;
- ✓ Prevenção das complicações do diabetes como o pé diabético, amputações além das internações hospitalares;
- ✓ Melhoria nos índices glicêmicos;
- ✓ Maior adesão aos tratamentos propostos;
- ✓ Maior adesão à prática de exercícios físicos e a uma alimentação saudável;
- ✓ Maior conscientização sobre o auto cuidado, com melhorias no nível de conhecimento da população sobre o diabetes e sua prevenção.

Nessa perspectiva, a proposta de intervenção para a ESF Cidade Industrial do município de Montes Claros-MG foi elaborada por meio de Planejamento Estratégico Situacional Simplificado, de acordo com os passos a seguir:

Primeiro Passo

Segundo Campos; Faria e Santos (2010) para iniciar o planejamento de uma ação é muito importante ter o problema bem definido. Vale ressaltar ainda que o problema é a insatisfação de um ator

frente componente da realidade em que ele convive e tem alguma capacidade de modificar. Os problemas identificados na ESF Cidade Industrial foram:

Quadro 1- problemas encontrados na ESF Cidade Industrial.

| Problemas | Importância | Capacidade de Enfrentamento | Seleção |
|--|-------------|-----------------------------|----------|
| Falta de adesão ao tratamento proposto | Alta | Parcial | 1 |
| Desconhecimento das doenças crônicas | Alta | Parcial | 2 |
| Resistência às mudanças nos hábitos de vida | Alta | Parcial | 3 |
| Pouca adesão aos projetos e atividades educativas | Alta | Parcial | 4 |
| Falta de conscientização da população sobre o auto-cuidado | Alta | Parcial | 5 |

Fonte: elaboração própria.

Segundo Passo

Após identificação dos principais problemas encontrados na área de abrangência da ESF Cidade Industrial foi necessário priorizar um problema para que fosse feito o plano de intervenção, não implicando que os outros não são importantes ou não serão resolvidos. Para a seleção do problema foi necessário seguir o critério de grau de importância e impacto dentro da comunidade, o grau de urgência que a doença apresenta e a própria capacidade de enfrentamento da equipe.

Terceiro Passo

O tema que foi escolhido para ser abordado é a falta de adesão ao tratamento medicamento para diabetes mellitus. As questões que levantamos mais

relevantes para justificar esse desajuste é o fato de que dentre 54 diabéticos cadastrados e acompanhados, 37 são idosos, 06 moram sozinhos, 07 são analfabetos, dificultando assim a adesão ao tratamento devido a baixa escolaridade.

Vale ressaltar ainda que as ESFs devido a grande demanda espontânea de pacientes com doenças agudas ainda não conseguem trabalhar de forma efetiva no atendimento aos portadores de doenças crônicas. Ainda é possível perceber que nos trabalhos que são programados e divulgados pela equipe há baixa participação desses indivíduos, a média é 1/3 de diabéticos participativos, dificultando ainda mais o trabalho de prevenção.

Quarto Passo

As principais causas da baixa adesão ao tratamento medicamentoso são:

- Não entendimento da orientação/prescrição;
- Receita com letra ilegível;
- Dificuldades de leitura por parte do paciente e/ou do cuidador (baixa escolaridade/analfabetismo).
- Falta de condições financeiras para o seguimento das orientações/prescrições (recursos para compra de medicamentos não disponibilizados do centro de saúde);
- Não entendimento da alimentação indicada para diabéticos;
- Ausência de cuidador.
- São realizadas poucas atividades educativas de promoção e prevenção de doenças dirigidas aos portadores de doenças crônicas;
- O atendimento prestado por profissionais de saúde é incipiente não solucionando grande parte dos problemas apresentado pelos portadores de doenças crônicas.

As principais consequências dessa baixa adesão aos tratamentos propostos são a Dificuldade de controle glicêmico, retinopatia diabética, nefropatia diabética, polineuropatia, um aumento de internações, amputações, invalidez e óbitos e aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

Quinto passo

Considerando os problemas apresentados, assim como as causas relacionadas aos pacientes e profissionais da equipe é possível que se levante como principais fatores dificultadores a baixa escolaridade, falta de participação e aceitação por parte da população da responsabilidade pelo seu auto cuidado e melhoria na qualidade de vida, além de despreparo de alguns profissionais da equipe durante o atendimento que é prestado ao paciente. Sendo assim foram apontados como nós críticos:

- Processo de trabalho da equipe → orientações inadequadas, prescrições ilegíveis;
- Dificuldade de entendimento das orientações/prescrições por parte dos pacientes e/ou cuidadores → baixa escolaridade/analfabetismo do paciente e/ou cuidador;
- Falta de cuidadores;
- Poucas atividades educativas de promoção e prevenção de doenças dirigidas aos portadores de doenças crônicas;
- Falta de condições financeiras para o seguimento das orientações/prescrições;
- Não entendimento da alimentação indicada para diabéticos.
- Resistência às mudanças de hábitos de vida.

- **Sexto passo**

Tendo em vista a formatação e característica do projeto de intervenção, a análise dos dados será realizada de forma contínua e conforme previsto no cronograma pretende-se iniciar a implantação deste em março de 2014 com seguimento e término em 2015.

Espera-se que a partir desse projeto de intervenção mudanças sejam realizadas, em especial na forma de ofertar os serviços de maior qualidade em saúde para o paciente portador de diabetes e no reconhecimento da doença como uma das mais importantes doenças crônico-degenerativas do Brasil, merecendo uma atenção especial no seu início insidioso ou os sintomas discretos, que são

polidipsia, polifagia e poliúria, a clássica tríade da DM, que pode não ser discreta dependendo da intensidade do quadro clínico.

Quadro 1: Metas das ações: Projeto de intervenção - Ações propostas, responsáveis, cronograma.

| Ações Propostas | Responsáveis | Cronograma |
|---|---------------------------------------|---|
| Desenvolver atividades educativas focadas na prevenção e agravo da diabetes e a importância da adesão ao tratamento medicamentoso para a população em conjunto com os outros profissionais da equipe. | Médico, enfermeiro ou ACS | Inicia em março 2014 e término em fevereiro 2015. Reuniões mensais. |
| Estabelecer, junto a equipe, estratégias que possam aumentar a adesão aos grupos operativos. | Médico, enfermeiro, ACS e odontólogo. | Inicia em março 2014 e término em fevereiro 2015. Reuniões mensais. |
| Organizar e apresentar relatório com os principais fatores causadores e/ou influenciados do desenvolvimento da diabetes na população local. | Enfermeiro | Inicia em março 2014 e término em fevereiro 2015. Entrega de planilha trimestralmente. |
| Realizar busca ativa dos diabéticos faltosos em consultas e atividades educativas para orientação e sensibilização dos mesmos. | Médicos, enfermeiros e ACS | Inicia em março 2014 e término em fevereiro 2015. Reuniões mensais. |
| Agenda partilhada entre os profissionais com intuito de estabelecer | Médico, enfermeiro, ACS e odontólogo. | Inicia em março 2014 e término em fevereiro 2015. |

| | | |
|--|----------------------|--|
| um vínculo com o paciente. | | |
| Encaminhar os pacientes para atenção especializada de acordo com cada caso e necessidade específica. | Enfermeiro, médico. | Inicia em outubro 2014 e termina em janeiro 2015. |
| Definir a agenda de todos os profissionais da equipe para oferecer vagas de cuidado continuado para os pacientes portadores de diabetes, além de já definir as datas para realização de atividades educativas. | Enfermeiro e médico. | Inicia em março 2014 e término em fevereiro 2015. Reuniões mensais. |

Fonte: elaboração própria.

Quadro 2 – Metas das ações: Projeto de intervenção - Área estratégica e ações propostas para ESF.

| Área estratégica | Ações propostas pela equipe da ESF |
|---|---|
| Mudanças nos hábitos de vida da população envolvendo sedentarismo. Equipe Multidisciplinar | Exercícios físicos lúdicos, esportivos, alongamento, caminhadas, e exercícios de respiração 3 vezes por semana em espaço a ser definido dentro da unidade. Realizar exercícios e orientações para prevenção e promoção de saúde focando ainda na alimentação saudável junto às pessoas com diabetes mellitus, através de um grupo de controle de peso. Desenvolver ações voltadas à conscientização e percepção corporal, elevação da auto estima e promoção do autoconhecimento através de grupos educativos realizados na sala de reuniões da ESF semanalmente. |
| Ações de reabilitação para os pacientes que sofreram amputação Equipe multidisciplinar | Indicar e confeccionar adaptações e mobiliários, de acordo com as necessidades e possibilidades, com intuito de facilitar as ações do cotidiano, através de visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe. Capacitar os profissionais e a população por meio de orientações e dinâmicas, sensibilizando em relação às necessidades especiais e a reinclusão social desses |

| | |
|---|--|
| | pacientes nas atividades coletivas. |
| <p>Mudanças na alimentação diária dos pacientes.</p> <p>Equipe Multidisciplinar</p> | <p>Realizar o diagnóstico da situação alimentar e nutricional do grupo de pessoas cadastradas com a patologia diabetes mellitus e identificar as pessoas de maior risco aos agravos nutricionais, em relação às suas patologias.</p> <p>Desenvolver, coletivamente, grupos de controle de peso para os pacientes com sobrepeso ou obesidade, oferecendo informações e orientando sobre reeducação alimentar.</p> <p>Elaborar Planos Terapêuticos, especialmente à pessoas resistentes à mudança alimentar, por meio de discussões periódicas, que permitam apropriação coletiva pela equipe, em ações multiprofissionais e interdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.</p> <p>Capacitar toda a equipe da ESF para oferecer informações nutricionais sempre que necessário e durante os atendimentos e visitas domiciliares ao paciente.</p> <p>Articular estratégias de ação com os as instituições e agentes sociais do território, ESF Cidade Industrial, em prol da promoção da alimentação saudável, do Direito Humano da Alimentação adequada e da Segurança alimentar e nutricional.</p> |
| <p>Conscientizar sobre a importância do tratamento medicamentoso</p> | <p>Promover grupos educativos com a população focando na importância de aderir ao tratamento medicamentoso.</p> <p>Capacitar a equipe para oferecer informações sobre os tratamentos medicamentosos e explicar aos pacientes as receitas clínicas.</p> <p>Realizar visitas domiciliares de vigilância e acompanhamento da adesão ao tratamento medicamentoso.</p> |

Fonte: elaboração própria.

Almeja-se que as ações propostas nesse documento sejam realmente efetivadas em parceria com a Secretaria de Saúde, gerente de saúde, equipe multiprofissional e a comunidade diabética, conseguindo assim melhorias na qualidade de vida dos pacientes, melhor capacitação dos envolvidos e serviços oferecidos por parte da equipe da ESF Cidade Industrial.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que ao final desse projeto de intervenção seja observada uma melhoria na qualidade de vida da população portadora de diabetes e também nos serviços ofertados á todos os pacientes que estão cadastrados na área adscrita. Além de obter melhora nos níveis glicêmicos e na adesão ao tratamento medicamentoso proposto, o principal objetivo que a ser alcançado com o presente trabalho é estimular a mudança de atitude da população, torná-la “agente” no processo de saúde e não só “paciente”. Com isso, várias patologias podem ser prevenidas, expectativa de vida aumentada e diminuição dos gastos financeiros em saúde. Mudança no estilo de vida e educação em saúde para a população são medidas de intervenção baratas, prazerosas e extremamente efetivas em melhorar a diabetes e a saúde dos pacientes em geral.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-1183-9 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

CAMPOS, F.C.C; FARIA, H.P; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : il.

CAZARINI, R. P. et al. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas. Medicina, Ribeirão Preto, v. 35, p. 142-150, abr./jun. 2002.

Coelho, M.S.C; Silva, A.R.V. Estratégias para aumentar a Adesão do Autocuidado dos portadores de Diabetes Mellitus na UBASF Caetanos (Beriberibe – CE) Fortaleza 2009. 23p.

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

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABTES. **Atlas de La FID**. 5 ed. 2012 Disponível em: . Acesso em: 18 de setembro de 2014.

Ferreira, S.R.G; Ferreira, A.F.A. Intervenções na prevenção do diabetes mellitus tipo 2: é viável um programa populacional em nosso meio? Arq Bras Endocrinol Metab. 2009;49(4):479-84

FILKELMAN, J. Caminhos da Saúde Pública no Brasil, ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.

GUYTON, A. C., 1919-2003. **Tratado de fisiologia médica** / Arthur C. Guyton, John E. HALL, 2006; tradução de Barbara de Alencar Martins... [et al.]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. [online] Disponível na internet via URL: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm> Arquivo consultado em 30 de setembro de 2014.

MAGALHAES, C. E. V.; BOUSKELA, E. Pé Diabético e Doença Vascular Cerebral – Entre o Conhecimento Acadêmico e a Realidade Clínica. **Arq Bras Endocrinol Metab**, Rio de Janeiro, v. 52 n. 7, p. 1073-1075, 2008.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

NUNES, A. M. P. Motivação para o autocuidado, um diagnóstico indispensável na assistência e orientação de diabéticos. Texto e contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 53-66, jun. 1993.

OPAS. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe de programa saúde da família. Cad. Saúde Publica, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

SILVA, et al., Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 15, n. 3, p.180-189, set./dez. 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Tratamento de pacientes com distúrbios vasculares cerebrais. **Smeltzer SC, Bare BG, editoras. Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10^a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2005.**

Sociedade Brasileira De Diabetes. **Consenso brasileiro sobre diabetes: diagnóstico e classificação de diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2000.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Deteção e tratamento das complicações crônicas do diabetes mellitus, 1998.** Disponível em: <http://www.diabetes.org.br>. Acessado em 30 de novembro 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2007.

SOUZA, C. F. et al. Pré-diabetes: Avaliação de Complicações Crônicas e Tratamento. **Arq Bras Endocrinol Metab**, Porto Alegre, v. 56, n. 6, p. 275-284, jul. 2012.

TORRES, H. C; HORTALE, V. A; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1039-1047, jul./ago. 2003.

VASCONCELOS, H. C. A. et al. Fatores de Risco para Diabetes Mellitus tipo 2 entre Adolescentes. **Ver Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 881-887, nov. 2009.

Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.