

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

JÉSSICA GABRIOTI VASCONCELOS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHOR ADESÃO AO
TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS NA COMUNIDADE VERDE
VALE NO MUNICÍPIO DE JACUTINGA-MG**

Campos Gerais / Minas Gerais
2016

JÉSSICA GABRIOTI VASCONCELOS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHOR ADESÃO AO
TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS NA COMUNIDADE VERDE
VALE NO MUNICÍPIO DE JACUTINGA-MG**

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

Orientadora: Ms. Samara Macedo Cordeiro

Campos Gerais/ Minas Gerais
2016

JÉSSICA GABRIOTI VASCONCELOS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHOR ADESÃO AO
TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS NA COMUNIDADE VERDE
VALE NO MUNICÍPIO DE JACUTINGA-MG**

Banca Examinadora

Prof. Samara Macedo Cordeiro

Prof. Edilaine Assunção Caetano de Loyola

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente á Deus por ter me proporcionado participar do Provas e, por meio dele, poder auxiliar a vida das pessoas.

Agradeço à minha família que sempre me apoiou e à minha orientadora Samara por me ajudar em meu projeto.

RESUMO

O Diabetes Mellitus é uma patologia que constitui um grande problema de saúde mundial devido a sua elevada incidência e prevalência, além das comorbidades, sendo uma das causas mais frequentes de óbitos e complicações. A equipe de saúde Verde Vale realizou um diagnóstico e levantamento dos principais problemas, sendo identificado a não adesão ao tratamento de DM como o problema que mais demandava atenção. Após este levantamento foi elaborado este plano de intervenção com o objetivo de melhorar a adesão da comunidade ao tratamento da diabetes. O tratamento do diabetes mellitus é passível de intervenções, sendo possível a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento evitando novos casos e reduzindo complicações e a equipe de Estratégia de Saúde da Família tem papel fundamental. Foram elaborados quatro projetos que possibilitarão a atuação da equipe nas ações para maior adesão daqueles que possuem diabetes mellitus na comunidade Verde Vale. Refletir e elaborar este plano foram essenciais para que a equipe pudesse ter conhecimento da situação dos problemas presentes na comunidade e formas de solucioná-los.

Descritores: Diabetes Mellitus. Sistema Único de Saúde. Educação em Saúde; Saúde da Família.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a pathology that constitutes a major global health problem due to its high incidence and prevalence, besides complications, being one of the most frequent causes of deaths and complications. The Verde Vale health team made a diagnosis and survey of the main problems, and the non-adherence to the treatment of diabetes mellitus was identified as the problem that most demanded attention. After this survey, this intervention plan was developed with the objective of improving community adherence to the treatment of diabetes. The treatment of diabetes mellitus is amenable to interventions, and it is possible to carry out promotion, prevention and treatment actions avoiding new cases and reducing complications, and the Family Health Strategy team plays a fundamental role. Four projects were developed that will enable the team to act in the actions for greater adherence of those who have diabetes mellitus in the Vale Verde community. Reflecting and elaborating this plan were essential so that the team could be aware of the situation of the problems present in the community and ways of solving them.

Key-words: Diabetes Mellitus. Single Health System. Health Education. Family of health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DM	Diabetes Mellitus
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ACS	Agentes Comunitárias de Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes Mellitus
OMS	Organização Mundial da Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SCIELO	Electronic Library Online
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	População do território da Comunidade Verde Vale.....	12
TABELA 2	População do território por território por micro-área na comunidade Verde Vale.....	12
TABELA 3	Dados sobre Diabetes do território da ESF Verde Vale.....	15

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Diabetes como um problema multifatorial	25
-----------------	---	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Operações sobre o “nó crítico 1 relacionado ao problema” Não adesão ao tratamento de doenças crônicas, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Verde Vale, em Jacutinga, Minas Gerais.....	26
QUADRO 2	Operações sobre o “nó crítico 2 relacionado ao problema” Não adesão ao tratamento de doenças crônicas, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Verde Vale, em Jacutinga, Minas Gerais.....	27
QUADRO 3	Operações sobre o “nó crítico 3 relacionado ao problema” Não adesão ao tratamento de doenças crônicas, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Verde Vale, em Jacutinga, Minas Gerais.....	28
QUADRO 4	Operações sobre o “nó crítico 4 relacionado ao problema” Não adesão ao tratamento de doenças crônicas, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Verde Vale, em Jacutinga, Minas Gerais.....	29

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Sistema Municipal de Saúde de Jacutinga	10
1.2 A Comunidade Verde Vale	11
1.3 A Unidade de Estratégia de Saúde da Família Verde Vale	13
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVO.....	17
4 METODOLOGIA.....	18
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	20
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
8 REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

Este estudo foi desenvolvido a partir de preocupações com o controle ineficaz do Diabetes Mellitus evidenciado pela não adesão adequada ao uso das medicações e hábitos de vida inadequados da população adstrita na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Verde Vale, em Jacutinga MG.

Jacutinga é uma cidade com 25.199 habitantes, localizada na região sudeste de Minas Gerais e distante 472 km da capital do Estado de Minas Gerais. A cidade teve um crescimento populacional pouco significativo nas últimas décadas (IBGE, 2016). É conhecida também como capital nacional das malhas. Houve grande crescimento econômico e melhorias sociais e na infraestrutura da cidade nas últimas décadas, conseqüente da grande atividade de malharias que empregou muitas pessoas e trouxe riqueza para cidade (IBGE, 2016). O IDH da cidade é de 0,715 (PNDU-2010).

Jacutinga encontra-se na divisa com o Estado de São Paulo, é uma importante via de acesso para a comunicação geográfica dos dois estados, apresenta um fluxo grande de turistas, principalmente durante o inverno, onde pessoas vêm em busca de compras de roupas de malha (IBGE,2016).

A renda da gira em torno das indústrias de produção de malhas, há também a agricultura com uma grande produção de café na cidade. A cultura se mostra no principal evento da cidade que é chamado “Fest Malhas”, na qual as malharias expõem seus produtos durante 3 semanas (JACUTINGA, 2016) .

Em relação á saúde, Jacutinga é referência para consultas de baixa complexidade, pois tem falta de médicos especialistas e falta de aparelhos para realização de exames. Quando necessário os pacientes são encaminhados para Pouso Alegre- MG.

1.1 Sistema Municipal de Saúde de Jacutinga

A atenção primária é constituída por cinco Unidades Básicas de Saúde. Há uma grande rotatividade de médicos na atenção primária, o que acaba por dificultar um atendimento de qualidade à população e o estabelecimento de vínculo (JACUTINGA, 2016).

A atenção especializada é composta por ortopedia, ginecologia, odontologia, nutrição, dermatologia e oftalmologia. A atenção de urgência e emergência é

realizada no Pronto Socorro Municipal que também presta atenção hospitalar juntamente com a Santa Casa de Misericórdia.

A cidade possui apoio diagnóstico da clínica de imagem SYRIUS e assistência farmacêutica prestada pela Farmácia Básica do Município. Jacutinga possui a vigilância sanitária que está localizada na secretaria de saúde. A referência para casos mais graves é a cidade de Pouso Alegre que se localiza há 100 quilômetros.

1.2A Comunidade Verde Vale

A unidade de ESF no qual trabalho é em Verde Vale, que é uma comunidade de cerca de 3.200 habitantes localizada na periferia de Jacutinga, que se formou, principalmente, a partir do êxodo rural ocorrido na década de 1990 (JACUTINGA, 2016).

A população empregada vive basicamente do trabalho em malharias e da colheita de café e há um grande número de aposentados na comunidade. O número de desempregados é pequeno (JACUTINGA, 2016).

A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa pouco a desejar, pois todas as casas possuem boas condições de saneamento.

O destino do lixo da unidade é realizado por meio de coleta diária pelo caminhão da prefeitura municipal, sendo que algumas famílias costumam queimá-lo. Já o destino dos dejetos é realizado também pelo sistema público, porém, algumas famílias da zona rural possuem fossas.

Na comunidade há 1 escola, 2 creches e 2 igrejas, não há muitas opções de lazer no bairro . As igrejas realizam muitos programas sociais e ajudam a população. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas.

Tabela 1 - População do território da Comunidade Verde Vale

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0-1 ANO	35	51	86
1-4 ANOS	44	66	110
5-14 ANOS	133	141	274
15-19 ANOS	181	230	411
20-29 ANOS	182	231	413
30-39 ANOS	223	304	527
40-49 ANOS	177	240	417
50-59 ANOS	149	238	387
60-69 ANOS	99	156	255
70-79 ANOS	84	144	228
80 ANOS E MAIS	42	58	100
TOTAL	1349	1859	3208

Fonte: Dados da equipe Verde Vale, 2016

Tabela 2 - População do território por território por micro-área na comunidade Verde Vale

FAIXA ETÁRIA	MICRO 1	MICRO 2	MICRO 3	MICRO 4	MICRO 5	MICRO 6
0-1 ANO	14	13	16	19	12	13
1-4 ANOS	15	18	23	16	24	15
5-14 ANOS	45	59	59	56	63	42
15-19 ANOS	53	74	84	86	69	49
20-29 ANOS	49	76	78	83	74	51
30-39 ANOS	81	88	98	61	83	80
40-49 ANOS	63	66	75	81	74	60
50-59 ANOS	53	64	72	75	67	55
60-69 ANOS	36	40	50	54	37	37
70-79 ANOS	36	36	45	40	36	36
80 ANOS E MAIS	14	16	19	20	17	14
TOTAL	459	550	619	591	556	452

Fonte: Dados da equipe Verde Vale, 2016

1.3 A Unidade de Estratégia de Saúde da Família Verde Vale

A Unidade Verde Vale, possui uma única equipe de ESF, foi inaugurada há cerca de cinco anos e está situada no centro do bairro. É uma Unidade Básica de Saúde(UBS) construída pela prefeitura. O local é novo e bem conservado. Sua área é considerada adequada. A área destinada à recepção é adequada e comporta a população de forma tranquila principalmente nos horários de pico. Há cadeira para todos. Um dos problemas é a sala de atendimento médico que se localiza próxima a uma creche localizada ao lado do ESF, há muito barulho e dificulta algumas vezes o atendimento médico. Todas as semanas há reunião para discussões dos problemas da população, que é realizada na sala de reunião.

A população gosta bastante da Unidade de Saúde. A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, há mesa ginecológica, glicosímetro, nebulizador, instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos. entre outros.

As consultas médicas e da enfermagem visam o atendimento á puericultura, pré-natal, hipertensão, diabetes, busca ativa por câncer, tuberculose e hanseníase.

A Equipe Verde Vale é formada por 6 Agentes Comunitária de Saúde(ACS), 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem e 1 médico. A equipe possui 6 micro áreas com 997 famílias cadastradas.

A Unidade de Saúde funciona das 08: 00 às 17: 00 horas. As consultas são marcadas todos os dias ou pela enfermeira ou pelas agentes de saúde que observam a necessidade de atendimento da população. A enfermeira realiza a triagem dos pacientes para consulta, curativos e gerencia o PSF todos os dias. A técnica de enfermagem ajuda na realização de curativos domiciliares. As visitas domiciliares são realizadas pela médica às terças feiras no período da tarde.

O tempo da Equipe Verde Vale está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento de consultas médicas marcadas e com o atendimento de demandas espontâneas, nas quais é realizado o cuidado continuado para doenças crônicas, prevenção de doenças e tratamento ativo de doenças agudas. Há também a realização de exame citológico do colo de útero que é realizado nas segundas, quartas e sextas-feiras pela enfermeira.

A ESF Verde Vale não possui dentista há 1 ano e quando necessário os paciente são encaminhados para consultórios odontológicos da cidade.

A “troca de receita” só é realizada para pacientes que acompanham e buscam participação ativa no ESF, isso é realizado para que os pacientes mantenham o vínculo e sempre passem em consultas médica.

Após discussão com a equipe de saúde elencou-se como problemas:

- Má localização do consultório médico,
- Falta de odontologista no ESF ,
- Falta de alguns fármacos que poderiam ser usados para tratamento de casos agudos e que não necessitam ir até o pronto socorro municipal,
- Poucos programas para prevenção de doenças.
- Uso excessivo de medicação controlada,
- Não adesão ao tratamento de doenças crônicas como diabetes e hipertensão,
- Excesso de consultas para serem marcadas,
- Falta de tempo para realização de grupos com a população para resolução de problemas,
- Falta de medicações na rede,
- Falta de disponibilidade de exames de alta complexidade na cidade,
- Demora para marcar exames,
- Demora para marcar consultas com médicos especialistas devido a falta desses profissionais especializados.

Como problema prioritário, a equipe elegeu o problema da não adesão ao tratamento de forma correta, da doença Diabetes mellitus. Esse problema foi identificado por meio das consultas médicas, quando era questionado o uso correto das medicações e a adesão ao tratamento, então alguns pacientes relatavam que não estavam mais tomando alguns fármacos prescritos.

Esse problema foi observado também durante visitas pelas agentes comunitárias que observavam presença de alimentos inadequados para diabéticos nas casas dos mesmos. E ao pedir para ver as medicações utilizadas, muitas vezes não encontravam os fármacos. Observamos também em tabela utilizada em minha UBS na qual consta as internações mensais, que, há muitas internações por complicações da diabetes, fato este, que nos levaram a indicar esse problema como o mais grave de nossa comunidade.

Em discussão com a equipe levantamos a hipótese de que a não adesão ao tratamento pode ser devido aos nós críticos relacionados com esse problema. Após o levantamento dessa hipótese comecei a perguntar aos pacientes qual o motivo pelo qual os fármacos não estavam sendo utilizados de forma correta e as dietas não estavam sendo realizadas.

Foi observado que os principais nós Críticos para a resolução do problema são:

- Hábitos de vida inadequados,
- Falta de qualidade na assistência de saúde,
- Desconhecimento da doença,
- Dificuldade do acesso à consultas com especialistas,
- Consultas mau realizadas ,
- Falta de confiança na equipe de saúde;
- Contextos Sociais

Tabela 3- Dados sobre diabetes do território da ESF Verde Vale

INDICADORES	MICRO 1	MICRO 2	MICRO 3	MICRO 4	MICRO 5	MICRO 6	Total
Portadores de Diabetes cadastrados no SIAB	29	26	38	23	34	23	173

2 JUSTIFICATIVA

A equipe de saúde Verde Vale realizou diagnóstico e levantamento dos principais problemas, sendo identificado a não adesão ao tratamento de diabetes na comunidade, como o problema que mais demanda atenção. O tratamento do diabetes mellitus é passível de intervenções, sendo possível a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento evitando novos casos e reduzindo complicações nos casos presentes.

O Diabetes Mellitus representa um problema de saúde pública em vários países do mundo. Essa doença atinge 246 milhões de pessoas, com propensão á aumento devido ao aumento populacional, envelhecimento da população já existente, ao aumento do sedentarismo e ao aumento da obesidade. (BRASIL, 2013). O Brasil ocupa a 4ª posição entre os países com maior prevalência de diabetes e são mais de 14,3 milhões pessoas com a doença no país (SBD, 2015). Os principais fatores de riscos estão relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população (OMS, 2010).

É um problema que pode ser acompanhado nas UBS. De acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (2015), e-SUS e Secretaria de Saúde Municipal de Jacutinga- MG há uma alta incidência e prevalência de pacientes com DM no município. Na área de abrangência da minha equipe de saúde, há cerca de 173 pacientes, 5,5% da população com diabetes e grande maioria encontra-se descompensada.

Assim este trabalho pode ser justificado pela necessidade de melhora no tratamento e nos cuidados com pacientes com diabetes mellitus na comunidade Verde Vale em Jacutinga- MG, por meio de projetos educativos, monitoramento e terapêutica correta que possam melhorar a qualidade e expectativa de vida dessa população.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção a fim de aumentar a adesão ao tratamento do Diabetes, na comunidade de Verde Vale no município de Jacutinga, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional – PES. Para tal, começa-se o planejamento realizando o diagnóstico situacional em saúde, este é fator indispensável para que através do conhecimento da saúde da população se consiga realizar projetos de intervenção para resolução de problemas (DAROSI et al, 2014).

O plano de intervenção foi elaborado a partir da seleção e análise de determinados critérios tidos como determinantes para o controle adequado da patologia como: necessidade de melhor adesão ao tratamento, mudança nos hábitos de vida, qualidade da assistência e contextos sociais. Na ESF foram identificados vários problemas, e após discussão, a não adesão ao tratamento de diabetes mellitus foi escolhido como prioritário. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi à descrição do problema selecionado.

Para descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe por meio das diferentes fontes. Foram selecionados indicadores de frequência de alguns dos problemas e também da ação da equipe frente aos mesmos.

A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão. Com o problema explicado, identificado e as causas consideradas as mais importantes, passou-se a pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito e o desenho da operacionalização.

Foram identificados os recursos necessários para analisar a viabilidade do plano para diminuição da taxa dos não aderentes ao tratamento do diabetes mellitus. Após, foram identificados os atores que controlavam os recursos críticos e foram questionados sobre sua motivação em relação a cada operação para a melhora na taxa de não adesão ao tratamento da doença e foi proposto para cada ator que controla os recursos críticos, a participação no projeto.

Após sermos apoiados pelos controladores, elaboramos o plano operativo, através de reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definimos a

divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada plano.

Realizou-se uma revisão bibliográfica da temática para incrementar e aprofundar os conhecimentos sobre esta patologia em publicações do Ministério da Saúde e em artigos científicos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS - BIREME) na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram utilizadas os seguintes descritores em saúde: Doenças Crônicas, Diabetes mellitus, Atenção primária em saúde, Hábitos de Vida, Equipe de Saúde da Família, Estratégia de Saúde da Família, Promoção em saúde. A busca pelos artigos científicos ocorreu no período de agosto a dezembro de 2016.

5 REVISÃO DA LITERATURA

Diabetes é uma doença com impacto mundial. É caracterizada pelo aumento de glicose na corrente sanguínea, causada por defeitos na ação ou na secreção da insulina, que é um hormônio produzido no pâncreas, e tem a função de promover a entrada da glicose nas células e assim podendo ser aproveitada para realização de diversas atividades celulares. A falta ou defeito na ação desse hormônio resulta no acúmulo da glicose na corrente sanguínea, o que caracteriza o diabetes (MUNHOZ et al, 2014).

Há 2 tipos principais de diabetes, o tipo 1 e o tipo 2. O Tipo 1 ocorre devido á destruição das células beta do pâncreas por algum processo imunológico, causando a deficiência de insulina. Esse tipo de diabetes costuma acometer mais crianças e adultos jovens, porém, nada impede que possa ser desenvolvido em qualquer idade. No Diabetes Tipo 2, a insulina é produzida corretamente pelas células beta, porém, sua ação está dificultada, levando á um quadro de resistência insulínica. Esse tipo de diabetes está mais relacionado aos maus hábitos de vida, como a obesidade e atinge mais adultos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES MELLITUS, 2016).

Há também outros tipos mais raros de diabetes como o MODY 1, 2 e 3, causados por defeitos genéticos nas células beta, e os diabetes causados por defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas, doenças endócrinas como o hipertireoidismo e Doença de Cushing e ao uso de alguns medicamentos. O Diabetes Gestacional é outro tipo de diabetes no qual há um aumento da glicemia sanguínea, identificado durante a gestação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES MELLITUS, 2015).

O Diabetes Mellitus é um problema de saúde pública, essa doença atinge 246 milhões de pessoas, com tendência a elevação, devido ao aumento populacional, envelhecimento da população já existente, a maior taxa de sedentarismo e a crescente da obesidade. (BRASIL, 2013). O Brasil ocupa a 4ª posição entre os países com maior prevalência de diabetes e são mais de 14,3 milhões pessoas com a doença no país (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES MELLITUS, 2015).

Os principais sinais e sintomas são: polidipsia, poliúria, polifagia, emagrecimento, cansaço e fraqueza, dores nas pernas, parestesia, alterações visuais, desidratação, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, coma, glicemia de jejum > 126 mg/dl, glicemia casual > 200 mg/dl em paciente com sintomas

característicos de diabetes e glicemia > 200 mg/dl duas horas após sobrecarga oral de 75 gramas de glicose. Se não controlada pode levar á complicações agudas como cetoacidose diabética, estado hiperosmolar hiperglicêmico, hipoglicemia, acidose láctica e crônicas, como retinopatia, nefropatia, neuropatia, amputações, disfunção sexual, doenças cardiovasculares, vasculares periféricas e cerebrovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES MELLITUS, 2015).

O tratamento visa o controle da glicemia sanguínea que pode ser acompanhada por meio de exames de glicemia de jejum, hemoglobina glicada, função renal, perfil lipídico, avaliação oftalmológica e avaliação cardiológica. No diabetes mellitus tipo 1 são utilizadas as insulinas devido a deficiência na produção da insulina, assim, controlando as glicemias sanguíneas. Já no diabetes tipo 2 o tratamento é dado através da introdução de hipoglicemiantes orais e se necessário o uso de insulina também. O tratamento medicamentoso sempre deve vir acompanhado de tratamento nutricional, físico e psicológico associados (ROTHER, 2007).

Existem formas de prevenir ou retardar a doenças como a diminuição na ingestão de carboidratos, alimentos gordurosos, realização de atividades físicas e melhores hábitos de vida em geral (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES MELLITUS, 2015).

É missão básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da ESF efetuar o processo do cuidado integral à saúde (BRASIL, 2013). O principal propósito do ESF é organizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população (COSTA et al. 2012).

Ela prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na UBS ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (COSTA et al. 2012).

Desta forma a ESF tem papel importante no controle e estímulo ao adequado tratamento de pessoas que possuem diabetes mellitus, pois o tratamento contínuo das condições crônicas inclui prevenção, tratamento de manutenção de longo prazo, gerenciamento de exacerbação de sintoma agudo, reabilitação e tratamento paliativo.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Algumas reflexões sobre ações de prevenção e promoção da saúde para Diabéticos.

As ações de promoção da saúde devem ser implantadas em todas as UBSs, pois são por meio delas poderemos melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Devem ser realizados encontros mensais com aqueles que possuem diabetes, para que esses possam trocar experiências, se encorajar e apoiar.

Podem ser realizadas feiras comunitárias onde cada paciente possa levar um produto que seja de seu fácil acesso para trocar por outros produtos que tenha mais dificuldade de conseguir.

Estes pacientes precisam receber consultas de 4 em 4 meses, onde deve ser solicitados exames laboratoriais para identificar problemas iniciais, além do que, durante as consultas o paciente sempre deve ser orientado sobre a importância da dieta e do exercício físico, além do ajuste das doses dos fármacos.

As ações educativas, são uma estratégia para solucionar os nós críticos dos problemas identificados. Elas devem ser realizadas por meio de programas educativos, mudança na forma de abordar os pacientes e ganhar a confiança da população, pois a falta de informação, ou problemas na orientação da mesma, pode levar a erros na alimentação e na utilização de fármacos, o que irá gerar o descontrole da doença, podendo causar problemas graves para a saúde do paciente.

A equipe de saúde pode atuar nesse cenário, explicando com paciência aos pacientes sobre seu tratamento e importância do mesmo, convidando-os para as rodas de conversas, trazendo para a equipe todos os problemas sociais e psicológicos que cada paciente possa estar vivenciando.

6.2 Identificações dos problemas da Unidade, estabelecimento da prioridade de atenção e reflexão sobre os nós críticos.

Após discussão com a equipe e com a comunidade, chegamos à conclusão que a não adesão ao tratamento do diabetes mellitus em minha área de abrangência

ocorre devido 4 fatores principais que são: a falta de informação para a população, maus hábitos de vida, falta de qualidade da assistência e problemas sociais.

A falta de informação é um nó crítico pois se o paciente não souber corretamente o que fazer, ele não o fará, e isso geralmente é proveniente da má relação do médico com o paciente ou da falta de confiança do paciente para com a equipe da UBS, ou ainda da autoridade dado ao médico, que por muitas vezes, faz com que os pacientes tenham medo de perguntar sobre seu tratamento ou sua doença.

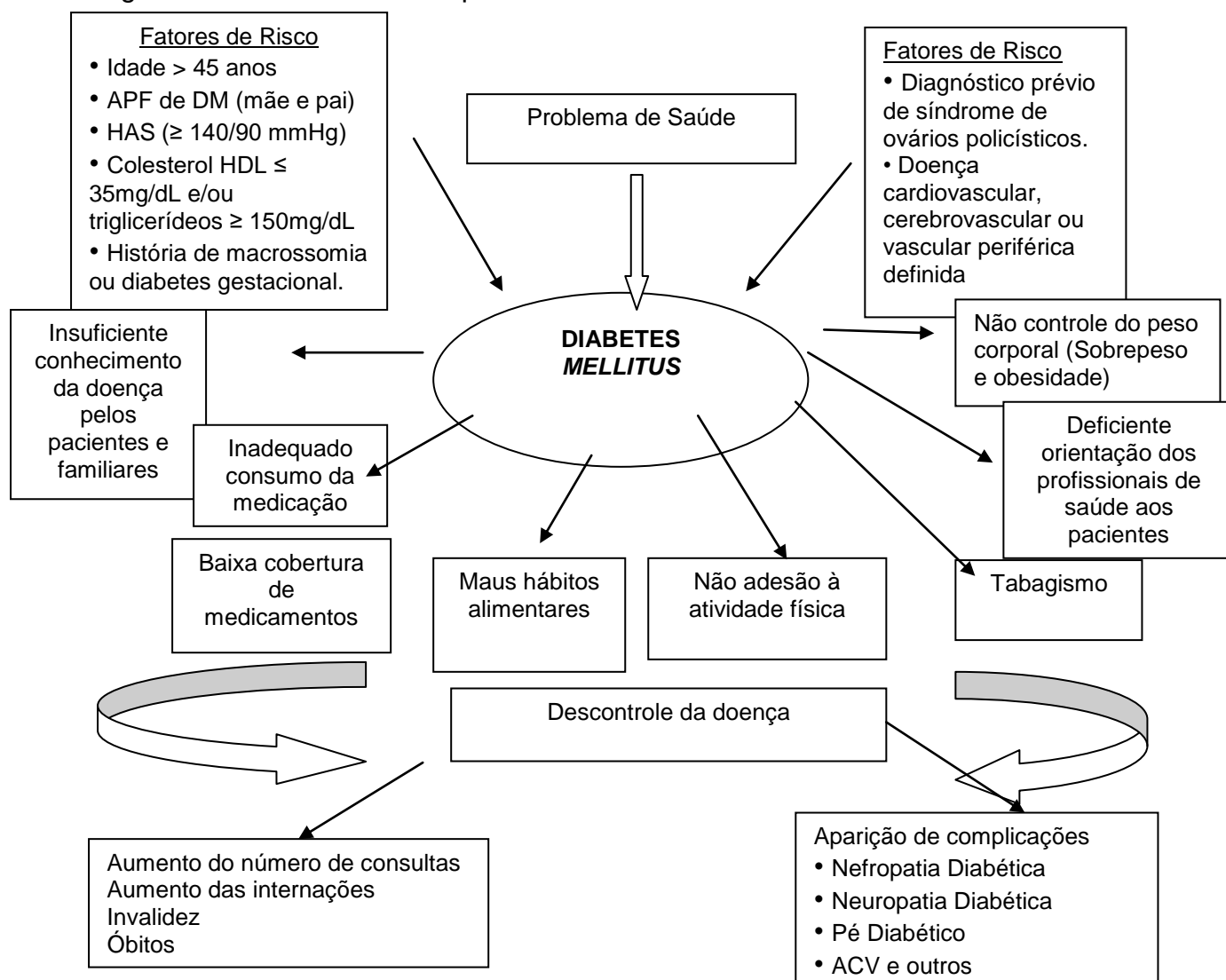
Hábitos de vida inadequados são adquiridos pelo paciente durante a vida e mudá-los nem sempre é fácil, porém, por meio de projetos que incentivem a melhor qualidade de vida, acreditamos que há como melhorar os níveis de glicose em pacientes diabéticos e auxiliá-los a ter melhor qualidade de vida.

A falta de qualidade na assistência é gerada pela falta de utilização de protocolos, falta de agenda rotativa e falta de trabalho em equipe, fatos estes, que tem impacto direto sobre o paciente, causando descontrole na doença.

Os contextos sociais são fatores importantes no descontrole do diabetes, pois estresse e diminuição de renda, por exemplo, pode levar ao diabetes descompensado. A OMS mostrou que cerca de 80% dos óbitos por doenças crônicas como hipertensão e diabetes ocorreram em países de baixa ou média renda, com 29% dos óbitos em adultos com menos de 60 anos, enquanto naqueles de alta renda esse percentual era de apenas 13%(DUCAN et al, 2012).

6.3 Explicação do problema selecionado

Figura 1. Diabetes como um problema multifatorial



Fonte: (Estenger, 2016)

Em minha área de abrangência existem cerca de 173 pacientes com diabetes mellitus e a grande maioria deles encontra-se com a doença descompensada, há necessidade de resolução desse problema e para isso há necessidade de implantação de projetos para a melhoria.

6.4 Desenho das operações de implementação das ações e viabilidade dos planos

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico 1 relacionado ao problema” Não adesão ao tratamento da diabetes, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, em Jacutinga, Minas Gerais

Nó crítico 1	Falta de informação adequada sobre a doença e seu tratamento
Operação	Informação e transmissão de confiança.
Projeto	Livre Arbítrio
Resultados esperados	Levar informação sobre a patologia e os riscos das complicações causadas por elas. Construir um vínculo e estabelecer uma relação de confiança da população. Diminuição da não adesão ao tratamento.
Produtos esperados	Programa educativo Mudança na maneira de abordagem dos pacientes
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe UBS/ Melhorar a confiança da população com a UBS e assim diminuir a não aderência ao tratamento.
Recursos necessários	Estrutural: Organizacional: para realização de reuniões Cognitivo: mais informações sobre doenças crônicas e seus riscos quando não há aderência ao tratamento Político: Conseguir local para realização de reuniões e mobilização social Financeiro: Para recursos audiovisuais.
Recursos críticos	Político: Conseguir local para realização de reuniões e mobilização social Financeiro: Para recursos audiovisuais
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Setor de Comunicação e Secretaria da Saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Não é necessário
Responsáveis:	Médico, enfermeiro e ACS.
Cronograma / Prazo	Abril a maio de 2017.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Será realizada por toda equipe da UBS e o acompanhamento para ver a melhora será quinzenal.

“Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 2 relacionado ao problema” Não adesão ao tratamento de diabetes, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, em Jacutinga, Minas Gerais

Nó crítico 2	Hábitos de vida inadequados
Operação	Modificar hábitos alimentares e de atividades físicas
Projeto	Saúde em Foco
Resultados esperados	Levar informação sobre alimentação e hábitos de vida saudáveis Realização de projeto para atividades físicas diárias. Diminuição na ingestão de produtos inadequados para pacientes com diabetes.
Produtos esperados	Grupo social Grupo operativo Campanha para diminuição na ingestão de alimentos contraindicados.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe UBS/ Modificar os hábitos da população e assim diminuir a não aderência ao tratamento.
Recursos necessários	Organizacional: para realização dos grupos sociais e operativos. Para realização das atividades físicas Cognitivo: Informações sobre a importância da dieta correta e da prática de exercícios físicos. Político: Conseguir professores de educação física.
Recursos críticos	Político: Conseguir professores de educação física para a realização das atividades. Financeiro: Para financiamento do projeto.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria da Saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto
Responsáveis:	Jéssica e Ana Laura (Enfermeiras)
Cronograma / Prazo	Apresentar o projeto entre Junho e Agosto/ 2 meses para início
Gestão, acompanhamento e avaliação	Será realizada por toda equipe da UBS e o acompanhamento para ver a melhora será quinzenal.

“Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 3 relacionado ao problema” Não adesão ao tratamento de diabetes, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, em Jacutinga, Minas Gerais

Nó crítico 3	Qualidade da Assistência
Operação	Classificação de risco. Utilização de protocolos. Agenda rotativa. Trabalho em equipe.
Projeto	Renovando a forma de agir da equipe
Resultados esperados	Identificação dos pacientes com risco mais elevado. Utilizar protocolos para tratamentos desses pacientes. Discussão com a equipe sobre a importância dos protocolos e do trabalho em equipe Elaborar uma agenda rotativa para que o tratamento de pacientes crônicos funcione e consigam passar em consulta a cada 4 meses, pelos menos.
Produtos esperados	Reuniões de equipe semanais Implantação de protocolos. Aplicação de agenda rotativa
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe UBS/ Utilizar protocolos e melhora na assistência e assim diminuir a não aderência ao tratamento
Recursos necessários	Organizacional: para realização de reuniões de equipe. Para a classificação de risco dos pacientes. Organização da agenda. Cognitivo: Saber identificar os pacientes com risco mais elevado. Financeiro: Para recursos visuais na implantação de protocolos.
Recursos críticos	Financeiro: Para recursos visuais na implantação de protocolos.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria da Saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Não é necessário
Responsáveis:	Jéssica, Ana Laura(Enfermeira) e Sineir(Técnica de Enfermagem)
Cronograma / Prazo	Setembro á Dezembro/ Início em 1 mês.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Será realizada por toda equipe da UBS e o acompanhamento para ver a melhora será quinzenal.

“Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 4 relacionado ao problema” Não adesão ao tratamento de diabetes, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, em Jacutinga, Minas Gerais

No crítico 4	Contextos Sociais
Operação	Descobrir os principais problemas sociais e comunitários que possam afetar a piora do quadro de diabetes, como: Diminuição de renda, violência e desemprego. Atuar sobre esses fatores com ajuda de equipe multidisciplinar.
Projeto	Sociedade em foco.
Resultados esperados	Descobrir quais fatores estão levando á não aderência em cada paciente. Atenuação dos fatores sociais identificados com auxílio da assistência social. Discutir com a equipe formas de auxiliar na redução do desemprego. Discutir com a equipe formas de auxiliar na redução não adesão ao tratamento ocasionado por esses fatores.
Produtos esperados	Trabalho conjunto com equipe do NASF. Grupos operativos. Programa para geração de mais alimentos: Horta comunitária.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe UBS/ Descobrir através dos usuários da UBS quais os principais problemas observados por ele e assim diminuir á não aderência ao tratamento
Recursos necessários	Organizacional: Local para trabalho da equipe do NASF com a população. Local para realização de grupos operativos. Local para implantação da horta comunitária. Financeiro: Pra compra de hortaliças e recursos para montagem da horta. Cognitivo: Saber identificar os principais problemas de cada paciente.
Recursos críticos	Organizacional: Local para trabalho da equipe do NASF com a população. Local para realização de grupos operativos. Local para implantação da horta comunitária. Financeiro: Pra compra de hortaliças e recursos para montagem da horta.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Prefeito Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto
Responsáveis:	Jéssica e Ana Laura(Enfermeira)
Cronograma / Prazo	De Agosto2016 á Janeiro 2017/ 3 meses para início
Gestão, acompanhamento e avaliação	Será realizada por toda equipe da UBS e o acompanhamento para ver a melhora será quinzenal.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A administração do plano será realizada por meio de tabelas que mostrarão informações sobre como os projetos estão agindo sobre a vida da população alvo. Serão realizadas reuniões quinzenais com representantes da população e a equipe da UBS para esta mostrar as dificuldades encontradas em cada projeto.

No momento estamos realizando a apresentação de cada projeto para os gestores municipais para enfrentar problemas, como a falta de verba para a realização de algumas partes dos projetos, dinheiro para impressão de folhetos informativos para a população, recursos audiovisuais em geral, contratação de professores de educação física e compra de hortaliças para a horta comunitária.

Os gestores municipais estão apoiando os projetos e os líderes comunitários estão entrando em contato com a população para participação nos projetos.

Este projeto de intervenção, foi realizado de forma conjunta com os gestores municipais e toda a equipe da ESF e favoreceu o um maior aprofundamento sobre a temática e ao mesmo tempo, nos fez refletir sobre os principais fatores que favorecem a não adesão ao tratamento de diabetes mellitus pela população. Além de nos fazer perceber a importância de usar o planejamento estratégico situacional para a resolução de problemas da ESF, uma vez que o mesmo se mostra como uma importante estratégia para a solução de problemas práticos na Atenção primária.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. **Diabetes Mellitus**. Brasília, DF, 2013. (Caderno da Atenção Básica n. 36). BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 15 de junho. 2016.
- CECILIO, L. C. O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental In: MERHY, E. E. ; ONOCKO, Rosana (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, p. 151-167. 1997.
- CHMIDT, M. I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, 9 maio, 2011.
- 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: 15 junho.2016.
- COSTA, F.S.; *et al.* Valorizando a consulta de enfermagem enquanto prática o profissional no contexto do programa saúde da família (PSF). **R. pesq.: cuidado é fundamental online** 2012. out./dez. v.4 n. 4 p. 2881-89. 2012
- DAROZI, G. C. M. *et al.* Análise da Produção Científica sobre Planejamento Estratégico Situacional (PES). **Revista Brasileira de Administração Científica**. Aquidabã, v.5, n.1, Jan./Fev./Mar./Abr./Mai./Jun, 2014.
- DUCAN, B. B. *et al.* Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista Saúde Pública** n. 46 p.126-34.,2012.
- MONHOZ, M. P.; *et al.* Nutrição e Diabetes. Revista Odontológica de Araçatuba, v.35, n.2, p. 67-70, 2014.

MOREIRA, T. M. M, ARAUJO T.L. Compreensão da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial a partir do modelo de King. **Revista Enfermagem. UERJ**;v. 10,n.2.p. 120-4. 2002 .

Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas componentes estruturais de ação: Relatório Mundial**. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.

REINERS, A.A.O. **Interação profissional de saúde e usuário hipertenso: contribuição para a não-adesão ao regime terapêutico** [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2005.

ROTHER ,K.I. Diabetes Treatment — Bridging the Divide. **N Engl J Med**. v.356, n. 15,p;1499–1501. 2007. doi:10.1056/NEJMp078030

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de diabetes**. 2015-2016 Rio de Janeiro: 2015.. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>