

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PRISCILA SCHIAVON ALMEIDA

PROJETO DE INTERVENÇÃO: potencializando à adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento proposto pela ESF Dr. Carlos Antônio Fagundes.

CAMPOS GERAIS/MINAS GERAIS
2019

PRISCILA SCHIAVON ALMEIDA

PROJETO DE INTERVENÇÃO: potencializando à adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento proposto pela ESF Dr. Carlos Antônio Fagundes.

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

Orientador: Professor Ms.Hugo André da Rocha

CAMPOS GERAIS/MINAS GERAIS
2019

PRISCILA SCHIAVON ALMEIDA

PROJETO DE INTERVENÇÃO: potencializando à adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento proposto pela ESF Dr. Carlos Antônio Fagundes.

Banca examinadora

Professor Ms. Hugo André da Rocha –UFMG- orientador

Professora Dra. Matilde Meire Miranda Cadete-UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 04 de junho de 2019.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos que colaboraram de alguma forma para seu desenvolvimento

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dar força e disposição para vencer meus obstáculos.

RESUMO

O presente estudo se volta a necessidade de se trabalhar a adesão ao tratamento dos pacientes com diabetes mellitus do município de Três Pontas. Trata-se de um dos principais desafios identificados no diagnóstico da comunidade adstrita buscando promover a adesão ao tratamento como uma questão diretamente relacionada a uma técnica de abordagem do paciente, considerando também a necessidade de estabelecimento da confiança entre profissional de saúde e paciente diante da necessidade de formar vínculo entre os envolvidos, esclarecendo as principais dúvidas e informações acerca do manejo de pacientes diabéticos na unidade básica de saúde. O objetivo foi elaborar um projeto de intervenção para ampliar a adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento proposto para a DM atendidos pela Equipe de Saúde da Família Dr. Carlos Antônio Fagundes de Sousa. Utilizou-se o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações. Elaborou-se uma revisão bibliográfica a partir de consulta às bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, *Scientific Electronic Library Online*, Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon e documentos de órgãos públicos, utilizando os descritores: Diabete Mellitus; Cooperação e Adesão ao Tratamento, Estratégia Saúde da Família. O projeto de intervenção contempla a atuação sobre dois nós críticos: discrepância no hábito de vida dos pacientes acometidos por diabetes mellitus e, negligência com o tratamento e as orientações repassadas aos pacientes. Concluiu-se que o Diabetes Mellitus é uma importante causa de adoecimento e grande preocupação em saúde pública. Por se tratar de uma doença crônica prevê tratamentos de longo prazo, o que em muitos casos pode se tornar um desafio para o adequado acompanhamento do usuário. Orientar o paciente sobre a importância da correta adesão às prescrições tanto do tratamento medicamentoso quanto das mudanças nos hábitos de vida é fundamental para que haja a adesão. Cabe aos profissionais de saúde, principalmente na Estratégia Saúde da Família desenvolver ações no sentido de melhorá-la e, consequentemente, melhorar as condições de vida da população.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Diabetes Mellitus. Cooperação. Adesão ao Tratamento.

ABSTRACT

The present study turns to the need to work towards adherence to the treatment of patients with diabetes mellitus in the municipality of TrêsPontas. It is one of the main challenges identified in the diagnosis of the affiliated community seeking to promote adherence to treatment as an issue directly related to a patient approach technique, also considering the need to establish trust between health professional and patient in the face of the need to form a link between those involved clarifying the main doubts and information about the management of diabetic patients in the basic health unit. The objective was to elaborate an intervention project to increase the adherence of diabetic patients to the proposed treatment for DM attended by the Family Health Team Dr. Carlos Antônio Fagundes de Sousa. Strategic Situational Planning was used to quickly estimate the observed problems and define the priority problem, critical nodes and actions. A bibliographic review was carried out based on the Virtual Health Library, Scientific Eletronic Library Online, Virtual Health Library of Nescon and documents of public agencies, using the descriptors: Diabetes Mellitus; Cooperation and Adherence to Treatment, Family Health Strategy. The intervention project contemplates acting on two critical nodes: discrepancy in the life habits of patients affected by diabetes mellitus, and neglect of treatment and guidelines passed on to patients. It was concluded that Diabetes Mellitus is an important cause of illness and great concern in public health. Because it is a chronic disease provides for long-term treatment, which in many cases can become a challenge for the appropriate follow-up of the user. Guiding the patient about the importance of adherence to the prescriptions of both drug treatment and changes in living habits is fundamental for adherence. It is up to health professionals, especially in the Family Health Strategy, to take action to improve it and, consequently, improve the living conditions of the population..

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Diabetes Mellitus. Treatment. Adherence. Compliance.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à Equipe de Saúde da Família Dr. Carlos Antônio Fagundes de Sousa, Unidade Básica de Saúde Dr. Carlos Antônio Fagundes de Sousa, município de Três Pontas, Estado de Minas Gerais.	17
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “1 - Discrepância no hábito de vida dos pacientes acometidos por diabetes mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Carlos Antônio Fagundes, do município Três Pontas, estado de Minas Gerais.	36
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Negligência com o tratamento e as orientações repassadas aos pacientes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Carlos Antônio Fagundes, do município Três Pontas, estado de Minas Gerais.	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município	11
1.2 Aspectos da comunidade	11
1.3 O sistema municipal de saúde	12
1.4 A Unidade Básica de Saúde Dr. Antônio Carlos Fagundes de Sousa	12
1.5 A Equipe de Saúde da Família Dr. Antônio Carlos Fagundes de Sousa, da Unidade Básica de Saúde Dr. Antônio Carlos Fagundes de Sousa	13
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Dr. Antônio Carlos Fagundes de Sousa	13
1.7 O dia a dia da equipe na UBS Dr. Antônio Carlos Fagundes de Sousa	14
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	16
1.9 Priorização dos problemas- a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	16
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo geral	19
3.2 Objetivos específicos	19
4 METODOLOGIA	20
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
5.1 Atenção Primária à Saúde	21
5.2 Estratégia Saúde da Família	22
5.3 Diabetes mellitus	23
5.4 Importância da adesão ao tratamento do diabetes mellitus e a conscientização dos pacientes	25
5.5 A equipe de saúde da família e a assistência prestada aos pacientes portadores de diabetes mellitus	27
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	29
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	29
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	30
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	30
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	31
6.4.1 Direcionamento da consulta	31
6.4.2 Elaboração de materiais de divulgação da importância e do tratamento proposta para diabetes mellitus	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

O município de Três Pontas está localizado na região sul do estado de Minas Gerais, com população estimada para o ano de 2018 de 56.546 habitantes. A população é majoritariamente urbana, com aproximadamente 86% das pessoas residindo área urbana da cidade, a densidade demográfica é de 78,08hab/km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do município é 0,731, considerado alto, posicionando o município na 82^a colocação entre os 853 municípios de Minas Gerais (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2013).

No ano de 2016 o salário médio mensal no município foi de 1,8 salários mínimos, e considerando o número de pessoas ocupadas em relação à população total a proporção foi de 19,3%, comparado a outros municípios do Estado Três Pontas ocupava a posição 177 de 853. Ainda no mesmo ano em relação à educação os alunos de anos iniciais da rede pública, tiveram nota média de 6,6 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), já os alunos dos anos finais ficaram com a nota 4,6. A taxa de escolarização de pessoas entre 6 e 14 anos foi de 97,8% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

1.2 Aspectos da comunidade

Na área de abrangência da unidade básica de saúde existe uma escola pública que oferta desde a educação infantil até o ensino médio. O bairro possui uma fábrica de uniformes esportivos de grande porte que emprega a grande maioria dos moradores. Não existe predominância religiosa abrigando desde igreja católica, centro espírita, igreja batista, igreja evangélica e centro de umbanda. A associação de bairro não é muito ativa e a principal atividade de lazer se concentra no clube de associados (SESI), onde a maioria da população frequenta para práticas esportivas.

1.3 O sistema municipal de saúde

Especificamente na área da saúde, o município de Três Pontas conta com um sistema público de saúde composto por cinco postos de saúde, quatro unidades básicas de saúde e cinco policlínicas, além do hospital único São Francisco de Assis que também está vinculado à Santa Casa de Misericórdia, onde são realizados os procedimentos considerados de baixa e média complexidade. O Pronto-Socorro municipal é o único da cidade que realiza atendimentos de urgência e emergência, além de ser uma referência para outros municípios menores da região (TRÊS PONTAS, 2018).

A Secretaria de Saúde de Três Pontas administra diversos postos de saúde espalhados pelos bairros da cidade sendo citados alguns centros de saúde são: Padre Vitor, Santa Edwiges, Vila Marilena e Policlínica, além de se contar com centros de atendimento na zona rural e visitas periódicas as comunidades. A Secretaria Municipal de Saúde também realiza campanhas preventivas periódicas, para conscientização da população acerca da prevenção de várias doenças, como a dengue e a AIDS (TRÊS PONTAS, 2018).

Compõem a Rede Pública Municipal de Saúde: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - Prefeito Manoel Jacinto de Abreu Filho (Nelito), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) - Fabricio Fagundes Miari, Centro Pediátrico Dr. Glimaldo Paiva - "Catavento", Centro Integrado de Assistência à Mulheres à Adolescente- Maria Luiza de Mello Vicentini, Farmácia Municipal, Laboratório Municipal e Policlínica Prefeito Azarias de Azevedo (TRÊS PONTAS, 2018).

1.4 A Unidade de Saúde da Família Dr. Antônio Carlos Fagundes de Sousa

A Unidade de Saúde da Família Dr. Antônio Carlos Fagundes de Sousa abrange dois bairros localizados na periferia da cidade. A maior parte das famílias cadastradas (89%) pertence ao bairro Alcides Mesquita, um bairro relativamente novo com uma população com boa infraestrutura e boas condições de vida. A maior parte da população é empregada e o índice de analfabetismo é muito baixo 2,1%.

Especificamente em relação à unidade de saúde da família Dr. Antônio Carlos Fagundes de Sousa, esta foi inaugurada há cerca de 4 anos e é um local construído especificamente para funcionar como uma unidade básica de saúde,

porém, mesmo com esse objetivo, alguns pontos são inadequados. A área destinada à recepção possui um bom espaço com cadeiras para os usuários, que podem aguardar para atendimento assentados com um pouco de conforto; possui dois banheiros (um feminino e um masculino) com adaptação para pessoas com necessidades especiais.

Não existe sala de reuniões, grupos e oficinas, e quando necessário é utilizada uma grande área externa, porém não existe cobertura o que torna inviável em dias de chuva e sol quente. A equipe já enviou um projeto para prefeitura para colocação de uma cobertura para melhor aproveitamento do espaço. Normalmente as palestras e orientações em grupo são feitas na sala de espera.

A população está aos poucos familiarizando-se com a unidade e a cada dia novos usuários comparecem buscando informações, consultas e algum tipo de auxílio, o que é motivo de comemoração visto que muitos moradores do bairro possuem planos de saúde e não acreditavam em atendimento de qualidade que a equipe tem a oferecer. A unidade necessita de alguns ajustes como uma sala própria para curativo, atendimento odontológico, alguns insumos, o que às vezes gera um foco de tensão com os gestores.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Dr. Antônio Carlos Fagundes de Sousa

A equipe Dr. Antônio Carlos Fagundes de Sousa é formada por uma médica de saúde da família, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, uma auxiliar de serviços gerais, um agente administrativo, uma terapeuta ocupacional e uma fonoaudióloga.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Família Dr. Antônio Carlos Fagundes de Sousa

Funciona como sendo o primeiro contato ou o contato preferencial no âmbito do atendimento preconizado pelo Sistema Único de Saúde para a população local, cujo objetivo é alcançar o percentual de tratamento e atendimento de 80% dos problemas de saúde da população do bairro Alcides Mesquita evitando a necessidade de encaminhamento para demais serviços de emergência ou hospitalares.

O horário de funcionamento da UBS Dr. Antônio Carlos Fagundes de Sousa é de 7:00 horas às 5:00 horas, funcionando em escalas de 6:12 Horas de acordo com o determinado para as classes médica, enfermagem, técnico de enfermagem e equipe de suporte. Especificamente, em relação aos profissionais do Programa Mais Médicos esses têm uma atuação na UBS Dr. Antônio Carlos Fagundes de Sousa de modo a compor as equipes de saúde, em que a maior parte possui especialização em medicina de família e comunidade, ou mesmo aqueles que não possuem essa especialização estão fazendo cursos para tal.

1.7 O dia a dia da equipe na UBS Dr. Antônio Carlos Fagundes de Sousa

No cotidiano de trabalho da equipe de saúde da família é possível notar ainda uma dificuldade de se frequentar os cursos e palestras na área uma vez que se tem o limitador da carga horária ou acesso à rede da internet e os profissionais frequentemente relatam que existe pouco incentivo na atualização profissional por parte da Secretaria Municipal de Saúde considerando especialidades como atendimento de saúde bucal por exemplo, que compõem a estratégia de saúde da família.

Especificamente em relação à operacionalização da APS, as equipes buscam trabalhar de maneira a atender as urgências no momento em que elas ocorrem, a elaborar e implementar ações de saúde, especialmente considerando os grupos que são vulneráveis. Existe uma proposta para se conhecer o número de famílias e usuários adscritos a equipe, bem como registrar as suas necessidades. Merece destaque o trabalho realizado nas instituições existentes na área de abrangência considerando as escolas.

Em geral, pode-se dizer que o trabalho ocorre dentro de uma linha de acolhimento em que se reserva tempo para ações programadas e não programadas, entretanto não existe uma disponibilidade mínima de 80%.

As equipes de trabalho da UBS buscam ampliar a abrangência como escopo das ações de atenção básica dando maior resolubilidade e dando apoio a intenção da Estratégia Saúde da Família no rol de serviços e ações de processo de territorialização e regionalização partindo da estrutura da atenção básica.

Profissionais de áreas distintas de conhecimentos em uma equação dada em parceria com profissionais da equipe da saúde da família de modo que se possa

compartilhar as práticas de saúde nos territórios com atuação integradas partindo de demandas identificadas no trabalho de modo a fortalecer o papel da coordenação do cuidado no SUS.

Em relação à operacionalização dos serviços da UBS existe apenas uma região de atendimento para esta unidade com equipes que buscam:

- sensibilizar e capacitar a estratégia de saúde da família no que se refere às questões de reabilitação de fluxo e dinâmica do serviço do SUS em Três Pontas;
- identificação associada a estratégia de saúde da família dos grupos prioritários bem como as atividades e ações a serem adotadas na área de atendimento da UBS
- elaboração de projetos terapêuticos individuais através de debates e reuniões periódicas que possibilitam a apropriação coletiva da estratégia de saúde da família e das equipes da UBS buscando acompanhar os usuários e realizando ações multiprofissionais e interdisciplinares com o desenvolvimento da responsabilidade compartilhada.

São oferecidas assistências diretas aos usuários através do atendimento individual em consultório, assistências domiciliares e atividades coletivas ou também chamadas de atividades em grupo. Merece ser destacado aspecto da Política Nacional de Humanização dentro da UBS atendendo aos preceitos do SUS de maneira que se possa valorizar os indivíduos relacionados ao processo de produção de saúde, sejam eles usuários, trabalhadores e gestores, fundamentando-se em valores dessa política de humanização que se trata de autonomia e o protagonismo dos sujeitos fortalecendo uma corresponsabilidade entre esses agentes e o estabelecimento de vínculos que sejam solidários buscando a participação do todo no processo de digestão.

Normalmente a equipe se ocupa com os atendimentos de demanda espontânea e com as consultas agendadas (maior parte), além dos atendimentos de puericultura, grupo dos idosos, prevenção do câncer de mama e colo do útero, curativos. Os agentes comunitários passam a maior parte do tempo fazendo as visitas domiciliares e quando estão na unidade ocupam seu tempo com atividades administrativas.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade(primeiro passo)

As etapas para o desenvolvimento da ferramenta de estimativa rápida passou pela análise de secundários, uma observação participante da UBS e, também, em relação aos profissionais da unidade de modo a correlacionar os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica, SIAB, aos dados da Secretaria Municipal de Saúde do município de Três Pontas e os registros internos da UBS no ano de 2018.

Foram identificados os seguintes problemas de saúde: elevado abandono ao tratamento de Diabetes *Mellitus* (baixa adesão), baixa taxa de identificação precoce de casos e contatos de Diabetes *Mellitus* (DM); baixo índice de rastreamento de contatos de DM; média alta de pacientes com DM sem diagnóstico e sem cadastro na Unidade (subregistro) e elevada incidência de sedentarismo na população.

A equipe está constantemente discutindo novos projetos para abordagem de grupos como hipertensos, diabéticos, gestantes, já que experiências anteriores não despertaram muito interesse entre os usuários. As reuniões para discussões de novos projetos e ajustes das atividades diárias são feitas de acordo com a necessidade, sem uma regularidade específica o que causa algum desconforto para alguns membros da equipe que estão com novas perspectivas para o trabalho.

1.9 Priorização dos problemas- a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

No quadro a seguir são apresentados os problemas identificados e a sua classificação de importância, tendo em vista sua urgência e capacidade de atuação da equipe sobre os mesmos. Tendo em vista todos os elementos foi considerado problema prioritário o elevado abandono do tratamento do DM, que configura-se como baixa adesão ao tratamento.

Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à Equipe de Saúde da Família Dr. Carlos Antônio Fagundes de Sousa, Unidade Básica de Saúde Dr. Carlos Antônio Fagundes de Sousa, município de Três Pontas, Estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Elevado abandono do tratamento de DM – baixa adesão	Alta	8	Parcial	1
Baixa taxa de identificação precoce de casos e contatos de Diabetes Mellitus	Alta	6	Parcial	2
Baixo índice de rastreamento de contatos de Diabetes Mellitus	Alta	5	Parcial	3
Média alta de pacientes com DM sem diagnóstico e sem cadastro na Unidade-Subregistro	Média	4	Parcial	4
Elevada incidência de sedentarismo na população	Média	4	Parcial	4
Alto número de pacientes fumantes e alcoolistas	Média	3	Parcial	5

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2JUSTIFICATIVA

O diabetes *Mellitus* é uma doença crônica com importantes repercussões no que tange à mortalidade e morbidade. Estima-se que haja 382 milhões de diabéticos no mundo, com previsão de que esse número chegue a 592 milhões no ano de 2035. Por se tratar de uma doença silenciosa, estima-se em 50% o percentual de pessoas que não sabem que tem diabetes. No Brasil, estimativa realizada em 2013 indicou 11,9 milhões de pessoas diabéticas na faixa etária de 20 a 79 anos. Além disso, o diabetes está associado ao aumento dos custos em saúde, tanto para pacientes quanto para os sistemas de saúde (FLOR; CAMPOS, 2017).

O tratamento e acompanhamento de pacientes portadores de Diabetes *Mellitus* na Estratégia Saúde da Família pode ser um fator facilitador para que se estabeleça a adesão ao tratamento, pois a ESF atua com base na criação de vínculos com os pacientes, suas famílias e a comunidade, atuando de forma a corresponabilizar-se pelo cuidado (FARIA et al., 2014).

Este estudo encontra-se, como justificativa principal, a necessidade de se trabalhar a adesão ao tratamento dos pacientes com diabetes mellitus do município de Três Pontas. Este foi um dos principais desafios identificados no diagnóstico da comunidade adstrita, em que se acredita que será uma oportunidade de promover a adesão ao tratamento como uma questão diretamente relacionada a uma técnica de abordagem do paciente, considerando também a necessidade de estabelecimento da confiança entre profissional de saúde e paciente diante da necessidade de formar vínculo entre os envolvidos, esclarecendo as principais dúvidas e informações acerca do manejo de pacientes diabéticos na unidade básica de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para ampliar a adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento proposto para a DM atendidos pela Equipe de Saúde da Família Dr. Carlos Antônio Fagundes de Sousa.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever o processo da consulta direcionada realizada com os pacientes acometidos pela referida patologia reforçando o nível de informação dos pacientes sobre a doença;
- Criar um grupo de pacientes acometidos pelo Diabetes *Mellitus*, dentre outras doenças associadas, no propósito de um modelo educativo com foco na importância da adesão ao tratamento da diabetes mellitus com o grupo de pacientes acometidos pela referida doença;
- Promover ações que estimulem também a mudança de hábitos dos pacientes atendidos.

4 METODOLOGIA

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações a serem desenvolvidas de acordo com Faria, Campos e Santos (2018).

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica consultando as bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.).

Para a definição das palavras-chave e *keyboards* utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde, sendo: Diabete Mellitus; Cooperação e Adesão ao Tratamento, Estratégia Saúde da Família.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Primária à Saúde

O conceito abrangente de Atenção Primária à Saúde (APS) como resposta às necessidades integrais e dos indivíduos, mas também orientada para as famílias e comunidades, foi definido na Declaração de Alma-Ata (1978) durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1978).

Segundo Facchini, Tomasi e Dilélio (2018, p. 211):

A consolidação da APS nas últimas décadas representa um dos avanços mais relevantes do SUS enquanto política pública e sistema de saúde universal no Brasil. Tal avanço está ancorado na abrangência da ESF, seu principal modelo assistencial, que ultrapassou a marca de 40 mil equipes em todo o território nacional em 2016. A significativa expansão e manutenção da cobertura da ESF nos últimos 20 anos provocou o aumento da oferta de ações e serviços de amplo espectro e concorreu para efeitos positivos importantes sobre a saúde da população.

Segundo Lavras (2011), ainda existe uma divergência no conceito de APS, no que se refere ao seu alcance, sendo que um dos entendimentos aponta a APS como programa seletivo, capaz de atender a demandas específicas de uma população, muitas vezes de baixa renda, e que não necessariamente se integram a outros componentes do sistema de saúde. Em outra concepção, mais abrangente, a APS é o primeiro nível de um sistema de saúde amplo, e exerce a função de coordenação do sistema.

Giovanella e Mendonça (2012) ressaltam o fato de não haver um consenso quanto à definição do termo APS e de sua operacionalização. As autoras destacam quatro linhas de interpretação:

1. programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços, denominada em inglês *selectiveprimarycare*;
2. um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; denominada em inglês *primarycare*;
3. abrangente ou integral, como uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde conforme proposto em Alma-Ata para enfrentar necessidades individuais e coletivas; denominada em inglês *comprehensiveprimaryhealthcare*;
4. filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 9).

No Brasil, o termo Atenção Básica à Saúde (ABS) é utilizado para tratar de APS, no entanto, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) os dois termos são considerados sinônimos (BRASIL, 2017).

Bousquat et al. (2017) destacam o papel da APS no sentido de promover a coordenação do cuidado dos usuários, principalmente aqueles portadores de doenças crônicas, que irão necessitar de mais acesso aos serviços, desde os básicos aos especializados, e que precisam ter garantido o acesso oportuno aos serviços.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada pelo Ministério da Saúde como a modalidade prioritária para a expansão e a consolidação dos serviços de ABS no país (BRASIL, 2017).

5.2 Estratégia Saúde da Família

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017).

As equipes de saúde da família devem ser compostas por: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Profissionais de Saúde Bucal (cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal) podem ser incorporados às equipes (BRASIL, 2017).

A Estratégia de Saúde da Família encerra em sua concepção mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial ao: constituir a Equipe de Saúde da Família, multiprofissional e responsável pela atenção à saúde da população de determinado território; definir o generalista como o profissional médico da atenção básica; e instituir novos profissionais, os ACS, voltados para a atuação comunitária, ampliando assim a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 54).

A ESF pode ser considerada como uma inovação em saúde se comparada ao modelo de atenção básica tradicional. Soratto et al. (2015) investigaram compararam a ESF com o modelo tradicional em vários parâmetros (princípios, concepção de saúde, relação profissional, assistência, finalidade do trabalho, objeto do trabalho,

instrumentos de trabalho, produto do trabalho) e concluem que a ESF é uma inovação tecnológica não material do tipo incremental.

5.3 Diabetes mellitus

“O diabetes *mellitus* (DM) consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo”(SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017, p. 19).

Há diversos fatores associados ao aumento da prevalência do DM, tais como: “rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência de estilo de vida sedentário, maior frequência de excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, à maior sobrevida dos indivíduos com diabetes” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017, p. 19).

Segundo Flor e Campos (2017), uma estimativa global realizada em 2013 indicou que havia 382 milhões de pessoas com diabetes em todo o mundo. As autoras assinalam que aproximadamente metade dos diabéticos desconhecem que têm a doença e, em relação à mortalidade, a estimativa é de que 5,1 milhões de pessoas com idade entre 20 e 79 anos morreram em decorrência do diabetes em 2013. Depois de 2030, o DM pode sair da 9^a para 7^a causa mais notória de morte em todo o mundo. No Brasil a doença também significa um problema de saúde de grande magnitude. No ano de 2013, o Brasil ficou em quarto lugar na lista de países com maior número de pessoas diabéticas, sendo 11,9 milhões de casos entre indivíduos adultos (20 – 79 anos).

Silveira et al. (2010, p. 44) destacam que:

O DM apresenta altos índices de morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, cegueira, doença cardiovascular e amputação de membros inferiores. Dados de 1997 da OMS estimavam que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estariam cegos, 10% teriam deficiência visual grave. Além disso, após esse mesmo período de doença, 30 a 45% teriam algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25% teriam desenvolvido doença cardiovascular.

A classificação proposta pela Associação Americana de Diabetes (ADA) com base na etiologia do DM inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, DM

gestacional e outros tipos específicos de DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

O DM tipo 1 ocorre em 5% a 10% dos casos, é o resultado da destruição de células betapancreáticas com consequente deficiência na produção de insulina. É mais frequente em crianças e adolescentes, e estima-se que no Brasil tenham mais de 30 mil pessoas com DM tipo 1 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

O DM tipo 2 é a forma presente em 90% a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina. A maioria dos pacientes com essa forma de DM apresenta sobre peso ou obesidade. Pode ocorrer em qualquer idade, mas geralmente diagnosticado após os 40 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

O Diabetes Gestacional “trata-se de uma intolerância a carboidratos de gravidade variável, que se iniciou durante a gestação atual, sem ter previamente preenchido os critérios diagnósticos de DM”. Ocorre em 1% a 14% de todas as gestações, dependendo da população estudada, e relaciona-se com aumento de morbidade e mortalidade perinatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2017, p.21).

Sob o ponto de vista de saúde pública, o alto custo associado ao cuidado de pessoas com doenças crônicas é uma das questões mais urgentes a serem resolvidas em todo o mundo. As consequências humanas, sociais e econômicas relacionadas ao DM são devastadoras, sendo a doença responsável direta ou indiretamente por aproximadamente 4 milhões de mortes por ano, o que representa 9% da mortalidade mundial total. A expectativa de vida é reduzida em média em cinco a sete anos em pacientes com DM2. Os adultos com DM têm risco duas a quatro vezes maior de doença cardiovascular (DCV), doença vascular periférica e acidente vascular cerebral. Essas complicações são responsáveis por 65% da mortalidade por DM e fazem do DM a sétima maior causa de morte nos Estados Unidos. O DM é também a causa mais comum de amputações não traumáticas de membros inferiores, cegueira irreversível e doença renal crônica (SOUZA et al., 2012, p. 276).

“Estimativas brasileiras sobre despesas com o tratamento ambulatorial de indivíduos com diabetes no Sistema Único de Saúde (SUS) foram da ordem de US\$ 2.108 por indivíduo, dos quais US\$ 1.335 (63,3%) são custos diretos” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2017, p.16).

Souza et al. (2012) assinalam que o DM é uma doença passível de detecção precoce, pois trata-se de uma patologia comum, com prevalência crescente, exigindo expressivo esforço dos serviços de saúde como um todo, possuindo fácil

diagnóstico, além do que medidas efetivas para prevenir suas complicações são passíveis de serem tomadas.

Souza et al. (2012) chamam a atenção para o fato de indivíduos com maior risco de desenvolvimento de diabetes considerarem aqueles que possuem Glicemia de Jejum Alterada - GJA, além da tolerância diminuída a Glicose TDG, fases pré-clínicas da doença e principalmente aqueles com CJA e TDG combinada.

Faria et al. (2013) destacam que o tratamento do diabetes compreende o controle glicêmico e metabólico, e que um fator determinante para o sucesso do mesmo é a adesão ao tratamento. Carvalho et al. (2012) ressaltam que o simples fato da criação de políticas e programas não é garantia efetiva que haverá adesão ao tratamento. Para que haja que a adesão se efetive os autores indicam três fatores como necessários: o paciente precisa estar ciente da sua condição de saúde e também comprometido com o seu tratamento, os profissionais de saúde devem prestar apoio e esclarecimentos, e deve haver apoio da família.

5.4 Importância da adesão ao tratamento do diabetes mellitus e a conscientização dos pacientes

O tratamento do paciente portador de Diabetes Mellitus contempla ações e medidas farmacológicas e não farmacológicas, exigindo adesão correta à essas determinações para o alcance da sua eficácia. No nível da prevenção primária a alimentação saudável e a prática de atividade física regular são ações a serem estimuladas, e na prevenção secundária o foco será o diagnóstico precoce e o controle de condições como hipertensão, níveis de colesterol e glicemia (GAMA; GUIMARÃES; ROCHA, 2017).

Um seguimento correto do tratamento farmacológico para o controle da DM pode evitar o surgimento de complicações relacionadas à doença. Quando a DM não é tratada adequadamente, os sintomas podem se agravar e, portanto, contribuir para a manifestação de outras doenças, como problemas cardíacos e visuais, acidente vascular cerebral, insuficiência renal, lesões de difícil cicatrização, entre outras. A fidelidade ao tratamento é fundamental para o controle dos efeitos da DM (SILVA et al., 2016, p. 309).

Estando estabelecido o diagnóstico de DM o objetivo do tratamento é prevenir ou atrasar o aparecimento de complicações associadas, sendo o controle da

glicemia a principal medida a ser adotada. O sucesso do tratamento passa pelo paciente se tornar ativo na condução do tratamento, e o conhecimento que o mesmo tem é uma variável importante para a sua adesão (FIGUEIRA et al., 2017).

Faria et al. (2013) relatam que a falta de adesão ao tratamento é um evento recorrente tanto em âmbito nacional quanto internacional, e que ao não aderir o paciente compromete a resposta fisiológica à doença, bem como prejudica a relação paciente-profissional e ainda ocasiona o aumento dos custos do tratamento, tanto diretos como indiretos.

A não adesão ao tratamento medicamentoso é a principal responsável pelas falhas no tratamento, pelo uso irracional de medicamentos e por agravos no processo patológico. Tendo como consequência maiores custos à saúde pública (devido ao aumento no número de casos de intoxicações e internações hospitalares (CARVALHO et al., 2012, p. 1886).

Borba et al. (2018) destacam que a adesão entre pacientes idosos pode apresentar várias condições que dificultam ainda mais a adesão como questões individuais do usuário (idade avançada, baixo poder aquisitivo, analfabetismo, depressão, ansiedade, negação ou medo da doença e as crenças relativas à saúde), características da doença e do tratamento, características do serviço de saúde (acesso aos medicamentos, relação profissional de saúde-paciente) e questões sociais (apoio social).

Arrelias et al. (2015) indicam haver evidências de que os pacientes com DM têm maior adesão ao tratamento medicamentoso do que a planos alimentares e de atividades físicas. Tal fato pode ser justificado pelas mudanças ocasionadas nos hábitos diários do paciente, uma vez que a adoção de planos alimentares e de atividades implica em mudanças na rotina diária do paciente.

Muitas vezes o plano terapêutico afeta também os hábitos sociais dos pacientes, e atividades relacionadas à ingestão de bebidas e até mesmo a alimentação podem se tornar restritas. Em alguns casos os pacientes não fazem a correta adesão ao tratamento pelo simples fato de não perceberem sintomas (SILVA; ALVES, 2018).

Os pacientes, familiares e profissionais dos serviços de saúde cada vez mais têm assumido papéis ativos no gerenciamento do diabetes mellitus frente às demandas de cuidados. Para o gerenciamento da doença preconiza-se o envolvimento dos pacientes, a capacitação dos profissionais

de saúde, o apoio da família e dos equipamentos sociais (ARRELIAS et al., 2015, p. 316)

Nesse sentido, Faria et al. (2014) destacam o papel desempenhado pelas equipes da ESF no cuidado do paciente diabético. Os autores o estabelecimento de vínculo entre os profissionais, as famílias e a comunidade têm possibilitado mudanças positivas na relação entre serviços de saúde e população, pois favorece a corresponsabilização pelo cuidado entre os profissionais e a população

5.5A equipe de saúde da família e a assistência prestada aos pacientes portadores de diabetes mellitus

A atenção básica deve ser a porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde. Este pressuposto está previsto na PNAB (BRASIL, 2017) e visa garantir o atendimento oportuno às pessoas e também possibilitar a coordenação do cuidado pela equipe de saúde da família. Assunção e Ursine (2008, p.2190) ressaltam a ESF e sua potencial capacidade de reordenação do modelo de saúde, “priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua”. Para as referidas autoras o estabelecimento de vínculos entre a população e as equipes facilita o conhecimento dos problemas de saúde bem como o seu atendimento.

Arruda, Schmidt e Marcon (2018) destacam que a atenção básica tem um papel fundamental no tratamento do DM. Como indicado pelos autores o DM é considerado como uma Condição Sensível à Atenção Primária (CSAP), ou seja, é uma condição sobre a qual as evidências indicam que o trabalho efetivo da atenção básica irá contribuir para a redução de eventos como hospitalizações e óbitos, e ainda, na prevenção de complicações micro e macrovasculares.

O DM é um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária. As evidências demonstram que o bom manejo desse agravão na AB evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. Para que as ações voltadas ao controle do DM se desenvolvam de forma efetiva e eficiente, a AB deve atuar como porta de entrada no sistema de saúde e coordenadora do cuidado (BORGES; LACERDA, 2018, p. 163).

Artilheiro et al. (2014) ressaltam que desde 2008 o Ministério da Saúde tem operado com um indicador que mede o acompanhamento do DM nos municípios

brasileiros. A taxa de internação por DM e complicações em pessoas de 30 anos ou mais passou a ser indicador de pontuação obrigatória e, desde 2010, limitou a faixa etária, passando a ser de pessoas de 30 a 59 anos, considerando-se a possibilidade de evitar o evento, pois com o aumento da idade diminui-se a possibilidade de intervir na história da doença.

Para Silveira et al. (2010), a ESF tem um papel crucial no monitoramento e tratamento do DM, pois trata-se da principal forma de acesso dos pacientes ao sistema de saúde e com expectativa de resolutividade da maior parte dos problemas de saúde da população.

Um aspecto importante do cuidado do paciente diabético é a necessidade de educação em saúde, visando promover a aprendizagem de comportamentos e/ou hábitos de vida saudável (FIGUEIRA, 2017, p. 2)

Para Assunção e Ursine (2008) os grupos operativos apresentam grande potencial para ações de educação em saúde, pois ao mesmo tempo que favorecem o apoio social entre os pacientes facilita a integração das ações da equipe multiprofissional.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “baixa adesão ao tratamento de pacientes acometidos por Diabetes *Melittus*”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Na implementação das medidas buscando a ampliação de adesão dos pacientes portadores de DM ao tratamento proposto, considera-se, as possibilidades possíveis de serem alcançadas diante da infraestrutura da Equipe de Saúde da Família Dr. Carlos Antônio Fagundes de Sousa, seu território e sua população - Bairro Alcides Mesquita e Aristides Vieira em Três Pontas Minas Gerais.

6.1 Descrição do problema selecionado(terceiro passo)

O DM está associado com as maiores taxas de hospitalizações, maior utilização de serviços de saúde e com maior incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, ocasionando um grande impacto para os sistemas de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento. As evidências indicam que indivíduos com diabetes não controlado sofrem mais complicações que aqueles considerados controlados. Para alterar o curso da epidemia do DM é importante investir em ações de promoção de saúde, como estratégias de modificação de hábitos e adoção de estilo de vida saudável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Em relação à análise dos dados investigados para estabelecer a proposta de intervenção foi possível verificar um conjunto dos principais entraves relacionados à não adesão dos pacientes acometidos por diabetes mellitus, dentre eles, a própria causa relacionada às demais doenças tais como a diabetes mellitus I e II, e outras doenças correlacionadas assim como o tabagismo e etilismo.

Nesse sentido, ao considerar o problema selecionado de não adesão ao tratamento da DM, é útil considerar separadamente os aspectos de adesão melhorados e o tipo de intervenção que está sendo considerado, sugerindo-se: intervenções em três categorias semelhantes (embora usem rótulos levemente diferentes para elas) - educacionais, comportamentais e afetivas.

6.2Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A DM se apresenta como uma doença de múltiplos fatores, apresentando elevado contingente de pacientes acometidos. Quando não se tem diagnóstico ou tratamento adequado, geram-se danos muitas vezes irreversíveis além de significar elevados custos ao próprio sistema de saúde público e a Previdência Social. Não obstante, são abordados os nós críticos para a adesão do tratamento definido para o paciente, considerando a importância da participação da família e do seu círculo social.

Existe uma ampla variedade de métodos para melhorar todos os aspectos da adesão do paciente às recomendações de tratamento para DM e, embora muitas intervenções utilizadas tenham sido amplamente aplicadas às populações sem adaptação ao estágio de mudança de pacientes individuais, medidas de estímulo, de educação, de melhor atendimento da ESF tem alcançado sucesso na melhor adesão ao tratamento de DM por parte dos pacientes.

É necessário que sejam integradas ações que envolvam toda a comunidade atendida pela UBS que foque no alcance de benefícios direcionados aos pacientes com maior risco de problemas de adesão: pacientes sendo introduzidos recentemente em um tratamento ou pacientes com problemas anteriores de adesão ou com desvios de comportamento. Se respeitada a autonomia das pessoas que vivem com diabetes enquanto proporcionado apoio educacional, comportamental e emocional para lidar com a doença, provavelmente será cumprido o papel do profissional de saúde na promoção da adesão.

6.3Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Considerando a necessidade de uma abordagem e a busca pela implementação de alternativas que solucionem a problemática da adesão do tratamento dos pacientes acometidos por DM, passou pela seleção de elementos preponderantes na realização das intervenções e também de uma transformação do panorama da UBS. Os chamados nós críticos selecionados foram:

1. Discrepância no hábito de vida dos pacientes acometidos por diabetes mellitus
2. Negligência com o tratamento e as orientações repassadas aos pacientes

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

A seguir são apresentados de forma detalhada o planejamento das ações a serem implementadas visando atuar sobre os nós críticos selecionados. Em seguida, apresentam-se os Quadros 2 e 3, os quais trazem de forma sumarizada as ações do plano de intervenção.

6.4.1 Direcionamento da consulta

O primeiro passo considerado é a realização de consulta específica/direcionada, referindo-se àquela realizada com paciente portador de DM do tipo 1 ou 2. Para conduzir esse primeiro atendimento, sugere-se que o profissional de saúde siga um plano de ação que ataque a incidência de depressão, esquecimento e conhecimento limitado sobre diabetes; elaboração de prontuários médicos que destaque a DM, a organização de uma parte para atualização de exames de glicose e resistência insulínica, padronizando dados provenientes de anotações clínicas.

Na consulta direcionada é preciso estabelecer a confiança e o vínculo entre médico e paciente, base da APS e da própria ESF pois que a confiança em outros profissionais de saúde com os quais os pacientes têm contato contínuo desponta como poderosa na influência de atitudes e comportamentos de medicação. Portanto, espera-se o médico já saiba dos fatores modificáveis que influenciam a adesão à medicação para DM2: carga do tratamento (por exemplo, complexidade e conveniência, custos do desembolso e risco de hipoglicemia) e crenças relacionadas ao tratamento (por exemplo, eficácia do tratamento crenças sobre medicação e confiança nos prestadores de cuidados de saúde).

Defende-se uma linha de atuação para a consulta direcionada ao paciente portador de DM trabalhando: a capacidade de diagnóstico precoce buscando prevenir agravos; esforçar-se no reconhecimento de situações socioambientais que comprometam a saúde especialmente com relação à DM; estabelecer vínculo buscando a obtenção da confiança do paciente; trabalhar a sensibilização do

paciente; buscar meios motivadores para adesão aos cuidados à saúde, especialmente no tratamento da DM; estimular a participação do paciente em ações que objetivam educa-lo, fortalecendo o seu empoderamento, para a construção ativa e participativa do tratamento e do cuidado com sua saúde.

A criação do grupo de pacientes diabéticos (e outras doenças associadas) - DIAB-TRÊS, considera aqueles que necessitam de tratamento por meio de uma proposta de acompanhamento para os indivíduos com diabetes considerando que eles dependem da integração do autogerenciamento na vida diária e que existe uma ampla variedade de intervenções educacionais, comportamentais e afetivas que produzem melhorias na adesão do paciente às recomendações de tratamento em diabetes e doenças crônicas relacionadas, especialmente quando usadas em combinação.

O objetivo é trazer informações que trabalhem a realidade de que, para otimizar sua saúde, indivíduos com diabetes podem devem seguir uma dieta saudável e exercícios, exames médicos frequentes, exames anuais especializados de seus olhos e pés e, para muitos, obedecer aos vários medicamentos orais ou injetáveis prescritos para serem administrados todos os dias, a até que haja uma cura para o diabetes, esses comportamentos devem ser mantidos por toda a vida. Sugere-se a formação de grupos em mídias sociais entre os pacientes atendidos pela UBS que eventualmente tenha um membro da ESF como administrador interagindo com os pacientes em assuntos exclusivos sobre o tratamento e acompanhamento da DM.

Mensalmente, a sugestão é para que sejam realizadas atividades de saúde, considerando atividades em praças da cidade de Três Pontas, com um profissional da educação física (ou área correlata) de modo que os pacientes sejam orientados na realização de exercícios simples, possíveis de serem realizados sozinhos e em casa sendo compartilhado com o grupo DIAB-TRÊS. Em dias de eventos programados e autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde, o grupo será identificado por materiais gráficos de divulgação tais como bôtons, camisetas, bonés, cartazes para uma proposta de ampla divulgação saudáveis do combate, prevenção e tratamento da DM.

Os profissionais devem separar as questões mais complicadas se serem tratadas dada a alta prevalência de comorbidade entre os adultos com diabetes: eles estão sob maior risco de hipertensão e distúrbios lipídicos. Tais condições podem

exigir outros tratamentos médicos associados, que deve ser integrado ao tratamento do próprio diabetes o que exige ações mais efetivas para este grupo de paciente.

Importante considerar uma sala de apoio, por profissionais psicólogos da ESF para aqueles infelizes o suficiente para desenvolver as complicações vasculares do diabetes, ainda mais exigências de autogestão que são impostas. Os profissionais podem valer-se de vídeos e palestras que tratem da questão de que, administrar o diabetes é uma tarefa complexa que afeta quase todos os aspectos importantes da vida cotidiana, e todos que integram a ESF, podem nos maravilhar com o fato de qualquer indivíduo conseguir realizar-lo.

O material de divulgação do DIAB-TRÊS deve focar da defesa de que o sucesso requer uma aliança entre os pacientes e seus profissionais de saúde, um ou mais de uma equipe, incluindo médicos, enfermeiros, nutricionistas, educadores de diabetes, farmacêuticos e outros profissionais de saúde especializados. A sugestão é que se faça um mural de reconhecimento, autorizado pelos pacientes, com fotos e depoimentos que os mesmos podem dar sobre a importância de se aderir ao tratamento de maneira séria e rigorosa, como sinal de amor próprio.

Na atual organização dos cuidados de saúde, cabe aos prestadores da APS monitorizar o progresso dos doentes, além de prescrever um plano de tratamento adequadamente adaptado para a população atendida. Grande parte do trabalho difícil de apoiar e facilitar a implementação desses planos complexos pelos pacientes (ou seja, educação de autogestão, escolhas de mudança de comportamento) é delegada a outros membros da equipe ou não é feita de forma alguma. Daí a importância de se fazer o mapeamento de todos os pacientes portadores de DM atendido pela UBS e, diante de um distanciamento, de não comparecimento, da identificação de não acompanhamento, se faça contado com esses pacientes.

Diante das discrepâncias entre as recomendações de tratamento e o autogerenciamento do paciente, não sendo a única causa de desfechos desfavoráveis do diabetes: as prescrições dos provedores e os conselhos de outros profissionais de saúde nem sempre se baseiam no conhecimento completo sobre o tratamento. Daí a necessidade de treinamento específico da Secretaria Municipal de Saúde de Três Pontas com os profissionais de saúde na obediência de diretrizes preconizadas para o tratamento da DM no âmbito do SUS contribuindo para desvios do provedor das melhores práticas. Além disso, deve-se discutir que as múltiplas

variáveis a serem consideradas no controle do diabetes aumentam a complexidade da tarefa e o fluxo de funcionamento da UBS não pode ser mais uma barreira no sentido de trazer o que se sabe acerca da DM e o cuidado necessário a ser dado aos pacientes.

6.4.2 Elaboração de materiais de divulgação da importância e do tratamento proposta para diabetes mellitus

Serão elaborados panfletos com layout simples e claro, de fácil entendimento para toda a população acerca da diabetes tais como, identificar suas causas; a necessidade do tratamento e o acompanhamento por profissionais da UBS. Panfletos, cartilhas, vídeos dos próprios pacientes, profissionais da equipe de ESF serão realizados no sentido de mostrar o que pode ser feito para garantir que os pacientes tenham a oportunidade de considerar, adotar e manter as tarefas centrais do autogerenciamento do diabetes: praticar comportamentos de estilo de vida saudável relacionados a nutrição e exercícios, tomar os medicamentos prescritos, auto monitoramento, glicose e procurar atendimento médico conforme apropriado.

Os materiais elaborados e criados serão oportunamente utilizados em uma programação com diferentes eventos abertos ao público do grupo DIAB-TRÊS. Os materiais de identificação das atividades e da própria existência do grupo DIAB-TRÊS, locais estratégicos para que se possa ter um maior alcance de visualização, e participação, não apenas pelos pacientes acometidos pela DM, mas também, trazendo para o cerne da questão, os familiares e amigos que podem ter importante papel na adesão do tratamento, e na participação efetiva em prol da saúde daquele acometidos pela diabetes mellitus.

Em relação aos profissionais da UBS, serão realizados treinamentos de capacitação e atualização abordando o fato dos pacientes com um registro ruim de manutenção de consultas, sendo passíveis de sofrerem com problemas com outros aspectos do autogerenciamento. Será abordada a adesão à manutenção de consultas e avaliação constante das situações clínicas.

Deve-se ser enfatizado aos profissionais da ESF da UBS que os pacientes que não respondem ao tratamento, particularmente ao aumento da intensidade do tratamento, provavelmente não estão aderindo às recomendações do tratamento. Embora a falta de resposta ao aumento da dose de um medicamento possa indicar

que o medicamento em particular é ineficaz para o paciente, quando adicionar outros medicamentos ou mudar para novos medicamentos de uma classe diferente não traz melhorias, um problema de adesão é uma causa provável.

Outro aspecto que deve ser trabalhado, é que os próprios pacientes podem dizer suas dificuldades quando questionados, pois, uma investigação não ameaçadora sobre os comportamentos de autogerenciamento produz respostas com uma sensibilidade e uma especificidade expressiva para embasar ações de atuação no manejo da DM.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “1 – Discrepância no hábito de vida dos pacientes acometidos por diabetes mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Carlos Antônio Fagundes, do município Três Pontas, estado de Minas Gerais.

NÓ CRÍTICO 1	
Operação (operações)	Corrigir falhas ou ausência de consulta direcionada e específica para os pacientes diabéticos e comprometimento do vínculo médico –paciente Estímulo e cumprimento de consultas direcionadas com padrão de atendimento delineado pela ESF da UBS baseando-se nas diretrizes da Fiocruz e o material de acolhimento e vínculo na humanização do portador de DM
Projeto	<i>União Médico –paciente</i>
Resultados esperados	Consultas mais esclarecedoras, mais humanizadas, alcance de satisfação e confiança por parte dos pacientes com seu médico. Melhoria nas informações e orientações dadas aos pacientes ounas consultas, tirando as dúvidas e anseios dos pacientes, promovendo a integração do tratamento à realidade financeira, cultural e social dos pacientes e melhoria nos registros específicos sobre DM e adesão do tratamento por parte do paciente.
Produtos esperados	Consultas direcionadas, esclarecedoras e humanizadas
Recursos necessários	Estrutural - no ESF, Posto de Atendimento na Unidade básica de Saúdecos consultas agendadas, direcionadas e claras, com linguagem ao nível de cada paciente. Cognitivo: campanhas, palestras e ações integrados à comunidade para promovera conscientização da importância de adesão ao tratamento da DM - grupos de redes sociais com os pacientes atendidos pela UBS nomeado DIAB-TRÊS; Financeiro: custeio dos materiais de divulgação dos eventos;impressos camisa; bonés; bottons; bonés; brindes a ser distribuído. Uso de meios tecnológicos para formação de grupos de atendimento - celular e notebook. Político: autorização por parte da secretaria municipal de saúde de Três Pontas
Recursos críticos	Político: autorização por parte da secretaria municipal de saúde de Três Pontas
Controle dos recursos críticos	Não apresenta aplicabilidade de controle dos recursos críticos
Ações estratégicas	Criação do grupo de pacientes diabéticos - DIAB-TRÊS
Prazo	Gestão dada de acordo com cronograma delineado, com as ações definidas com seus corresponsáveis
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Todos os membros da equipe, pacientes eleitos como intermediadores e seus grupos e membros da comunidade
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Equipe de saúde monitorando mudanças de hábitos de vida dos pacientes

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Negligência com o tratamento e as orientações repassadas aos pacientes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Carlos Antônio Fagundes, do município Três Pontas, estado de Minas Gerais

NÓ CRÍTICO 2	
Operação (operações)	Vídeos e aulas presenciais estimulando e ensinando a prática da atividade física e também ao controle de peso Elaboração devídeo-aulas e demonstração presencial nas praças públicas de Três Pontas, com a participação de profissionais de educação física, nutricionistas e demais profissionais na construção de dietas saudáveis e exercícios físicos de simples execução
Projeto	<i>Vida saudável</i>
Resultados esperados	Ter um rol de atividades físicas, recreativas, laborativas ou esportivas que podem ser feitas pelos diabéticos, considerando orientações de alertas para as possíveis complicações e as limitações impostas pelo comprometimento sistêmico do diabetes. Oferecer uma intervenção nutricional direcionada às pessoas com diabetes tipo integrando a insulina, dieta e atividade física, reforçando o ajuste da terapia insulínica ao planejamento alimentar individual enquanto elemento determinante para o adequado controlemetabólico.
Produtos esperados	Pacientes participando das atividades físicas programadas e acompanhadas; Pacientes com alimentação mais saudável; Pacientes tomando corretamente as medicações prescritas
Recursos necessários	Estrutural: espaço para filmagem das aulas de exercícios físicos e espaço no refeitório ou área de reunião para montagem de cardápio na UBS demonstrando recomendações para o manejo nutricional do diabetes mellitus Cognitivo:sensibilização do grupo atendido pelo DIAB-TRÊS com fotos de antes e depois de pacientes que seguem rigorosamente a prática de exercícios físicos e dietas. Estímulo dado no grupo de apoio entre pacientes que vivenciam as dificuldades de tratamento da DM; Financeiro: financiamento dos materiais de divulgação dos filmes, brindes para estimular a prática de exercícios físicos; elaboração de pratos demonstrativos e lanches saudáveis, impressos, camisas; bonés; buttons; bonés; brindes a ser distribuído. Político:autorização por parte da secretaria municipal de saúde e participação do comércio local
Recursos críticos	Financeiro: financiamento dos materiais de divulgação dos filmes, brindes para estimular a prática de exercícios físicos; elaboração de pratos demonstrativos e lanches saudáveis, impressos, camisas; bonés; buttons; bonés; brindes a ser distribuído
Controle dos recursos críticos	Secretaria M Saúde
Ações estratégicas	Criação do grupo de pacientes diabéticos -DIAB-TRÊS,
Prazo	Gestão dada de acordo com cronograma delineado
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica Enfermeiro
Processo de	Acompanhamento dos pacientes e aferição da resposta efetivas ás

monitoramento e avaliação das ações	atividades programadas, adesão ao tratamento.
--	---

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Diabetes *Mellitus* é uma importante causa de adoecimento e grande preocupação em saúde pública. Por se tratar de uma doença crônica prevê tratamentos de longo prazo, o que em muitos casos pode se tornar um desafio para o adequado acompanhamento do usuário. Orientar o paciente sobre a importância da correta adesão às prescrições tanto do tratamento medicamentoso quanto das mudanças nos hábitos de vida é fundamental para que haja a adesão. Cabe aos profissionais de saúde, principalmente na Estratégia Saúde da Família desenvolver ações no sentido de melhorá-la e, consequentemente, melhorar as condições de vida da população.

O presente projeto de intervenção tem como foco ampliar a adesão dos pacientes adscritos à equipe de saúde da família da qual a especializada é integrante. Para tanto, estão previstas ações que englobam desde o processo de trabalho da equipe até a educação em saúde para a população.

Ressalta-se que o presente projeto de intervenção deve ser continuamente monitorado e passar por avaliações quanto ao alcance de seus objetivos, promovendo mudanças e alterando o planejamento caso necessário.

REFERENCIAS

ARRELIAS, C.C.A. et al. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus e variáveis sociodemográficas, clínicas e de controle metabólico. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 315-322, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n4/1982-0194-ape-28-04-0315.pdf>>. Acesso em: 25 Jun. 2019.

ARRUDA, G.O.; SCHMIDT, D.B.; MARCON, S.S. Internações por diabetes mellitus e a Estratégia Saúde da Família, Paraná, Brasil, 2000 a 2012. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 543-552, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n2/1413-8123-csc-23-02-0543.pdf>>. Acesso em: 26 Jun. 2019.

ARTILHEIRO, M.M.V.S.A. et al. Quem são e como são tratados os pacientes que internam por diabetes mellitus no SUS?. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 210-224, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0210.pdf>>. Acesso em: 26 Jun. 2019.

ASSUNCAO, T.S.; URSINE, P.G.S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2189-2197, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a24.pdf>>. Acesso em: 25 Jun. 2019.

BORGES, D.B.; LACERDA, J.T. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 162-178, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0162.pdf>>. Acesso em: 25 Jun. 2019.

BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1141.pdf>>. Acesso em: 24Jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 26 Jun. 2019.

BORBA, A.K.O.T. et al. Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos assistidos na atenção primária de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 953-961, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/1413-8123-csc-23-03-0953.pdf>>. Acesso em: 25 Jun. 2019.

CARVALHO, A.L.M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1885-1892, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/28.pdf>>. Acesso em: 24 Jun. 2019.

FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; DILELIO, A.S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 208-223, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0208.pdf>>. Acesso em: 22 Jun. 2019.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M.A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>>. Acesso em: 21 Jun 2019.

FARIA, H.T.G. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 231-237, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/05.pdf>>. Acesso em: 24 Jun. 2019.

FARIA, H.T.G. et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 48, n. 2, p. 257-263, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-257.pdf>. Acesso em: 25 Jun. 2019.

FIGUEIRA, A.L.G. et al. Intervenções educativas para o conhecimento da doença, adesão ao tratamento e controle do diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2863, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-2863.pdf>. Acesso em: 25 Jun. 2019.

FLOR, L.S.; CAMPOS, M.R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2017.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n1/1980-5497-rbepid-20-01-00016.pdf>>. Acesso em 26 Jun. 2019.

GAMA, C.A.P.; GUIMARAES, D.A.; ROCHA, G.N.G. Diabetes Mellitus e atenção primária: percepção dos profissionais sobre os problemas relacionados ao cuidado oferecido às pessoas com diabetes. **Pesqui. prát. psicossociais**, São João del-Rei, v. 12, n. 3, p. 1-16, 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v12n3/13.pdf>>. Acesso em: 26 Jun. 2019.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: Cebes; 2012. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%C3%9ADE.pdf>>. Acesso em: 24 Jun. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Indicadores Cidades**, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/tres-pontas/panorama>>. Acesso em: 4 Jun. 2019.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 24 Jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 24 Jun. 2018.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, Três Pontas, Minas Gerais**. 2013. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/tr%C3%A3es%20pontas_mg>. Acesso em: 21 Jun 2019.

SILVA, A.B. et al. Prevalência de diabetes mellitus 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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n3/1414-462X-cadsc-24-3-308.pdf>>. Acesso em 25 Jun. 2019.

SILVA, S.A.; ALVES, S.H.S. Conhecimento do diabetes tipo 2 e relação com o comportamento de adesão ao tratamento. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n. 2, p. 39-57, 2018. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/26808/24291>>. Acesso em 26 Jun. 2019.

SILVEIRA, J.A.A. et al. Características da assistência à saúde a pessoas com diabetes mellitus acompanhadas na Unidade de Saúde da Família Pedregal II, em Cuiabá, MT: reflexões para a equipe de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: v. 34, n. 1, p. 43-49. 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/05_Original_Caracteristica.pdf>. Acesso em 26 Jun. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Editora Clannad, 2017. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>>. Acesso em: 24 Jun. 2018.

SORATTO, J. et al. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, Junho 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf>. Acesso em: 24 Jun. 2019.

SOUZA, C.F. et al. Pré-diabetes: diagnóstico, avaliação de complicações crônicas e tratamento. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 56, n. 5, p. 275-284, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v56n5/a01v56n5.pdf>>. Acesso em: 24 Jun. 2019.

TRÊS PONTAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Unidades de Atendimento da Rede Pública Municipal de Saúde**. 2018. Disponível em: <<http://www.trespontas.mg.gov.br/detalhe-da-materia/info/unidades-de-atendimento-da-rede-publica-municipal-de-saude/7956>>. Acesso em: 21 Jun. 2019.