

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

CRISTIANO SILVA NEVES

**PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DE USUÁRIOS DIABÉTICOS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE ARAPORÃ, MINAS GERAIS**

Uberaba / Minas Gerais

2015

CRISTIANO SILVA NEVES

**PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DE USUÁRIOS DIABÉTICOS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE ARAPORÃ, MINAS GERAIS**

Projeto de intervenção apresentado no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^aDr^aIsabel Aparecida Porcatti de Walsh

Uberaba / Minas Gerais

2015

CRISTIANO SILVA NEVES

**PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DE USUÁRIOS DIABÉTICOS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE ARAPORÃ, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof.^a Dr.^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh- Universidade Federal do Triângulo Mineiro- UFTM

Examinador 2: Prof.^a Dr.^a Regina Maura Rezende - Universidade Federal do Triângulo Mineiro- UFTM

Uberaba / Minas Gerais

2015

RESUMO

As doenças crônicas apresentam importância cada vez maior e a adesão ao tratamento é fundamental. O diabetes não tratado ou inadequadamente tratado pode desencadear várias complicações crônicas. Aumentar a adesão ao seu tratamento significa aumentar a qualidade e expectativa de vida dos pacientes. Este trabalho considerou como problema prioritário, na área de abrangência do PSF Lindalva Ferreira de Castro, da cidade de Araporã (MG), a baixa adesão ao tratamento por pessoas com diabetes. Foram selecionados os seguintes “nós críticos”: falta de informação sobre a dieta, exercícios físicos, tratamento medicamentoso e dificuldade de acesso a atividade física orientada. O objetivo foi propor um plano de intervenção que visa aumentar a adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento não farmacológico e farmacológico. O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde). O plano de intervenção foi concebido de acordo com o Planejamento Estratégico Situacional, considerando os dez passos utilizados para a determinação do problema prioritário, dos seus nós críticos e das ações propostas. Para cada nó crítico foram concebidos projetos: alimentar melhor, exercitar melhor, tratar é fundamental e atividade supervisionada. Espera-se que estas ações proporcionem ainda maior vínculo entre usuários e a equipe de saúde da família, socialização, troca de experiências e apoio mútuo entre os participantes, permitindo maior adesão ao tratamento.

Descritores: adesão à medicação, diabetes mellitus, atenção primária à saúde

ABSTRACT

Chronic diseases are increasingly important and adherence to treatment is crucial. Diabetes untreated or inadequately treated can trigger various chronic complications. Increase adherence to treatment means increasing the life quality and life expectancy of patients. This work considers as a priority issue, on the coverage area of the PSF Lindalva Ferreira de Castro, on the city of Araporã (MG), poor adherence to treatment for people with diabetes. The following "critical nodes" were selected: lack of information about diet, exercise, medication and lack of access to guided physical activity. The aim was to propose an action plan aimed at increasing the adherence of diabetic patients to non-pharmacological and pharmacological treatment. The literature review was conducted in the databases SciELO (Scientific Electronic Library Online) and LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences). The intervention plan is designed according to the Situational Strategic Planning, considering the ten steps used to determine the priority problem, its critical nodes and proposed actions. For each critical node projects were designed: better food, better exercise, dealing with is fundamental and supervised activity. It is expected that these actions provide even greater link between users and the family health team, socialization, exchange of experiences and mutual support among participants, enabling better adherence to treatment.

Key words: medication adherence, diabetes mellitus, primary health care

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. JUSTIFICATIVA	9
3. OBJETIVO GERAL	11
4. METODOLOGIA.....	12
5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	13
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
7. REFERÊNCIAS	17

1 INTRODUÇÃO

O município de Araporã possui uma população estimada de 6.593 habitantes em 2014 (IBGE, 2015). “Estima-se que em dez anos a população deve triplicar, alcançando em torno de 20000 habitantes, devido às oportunidades econômicas que o mesmo oferece” (ALEIXO e RESENDE, 2014). Este emancipou-se de Tupaciguara em 27 de abril de 1992. Araporã significa, de acordo com a linguagem indígena, “nascer do sol”. A cidade é banhada pelo Rio Paranaíba e, em virtude da localização estratégica, tem instalada a sede da Usina de Furnas, que impulsiona a economia na região. Próximo ao mesmo também há outras importantes hidrelétricas: Emborcação, Miranda, Cachoeira Dourada e São Simão. O município também é polo no setor industrial e sucroalcooleiro, sediando grandes empreendimentos como a Usina Alvorada Açúcar e Álcool e Areia Bérغامo.

Com relação aos serviços de saúde o município apresenta três equipes de saúde da família, uma delas com algumas microáreas rurais. O hospital, apesar de pequeno, possui leitos de internação e estrutura para realização de cirurgias mais simples. O centro de fisioterapia apresenta edifício próprio e realiza vários atendimentos por dia. Alguns especialistas realizam atendimento no município, como cardiologista, ginecologista, gastroenterologista, pediatra e geriatra. O acesso a outras especialidades ocorre principalmente por meio da AMVAP (Associação dos Municípios da Microregião do Vale do Paranaíba).

A comunidade atendida pela unidade de saúde PSFII Lindalva Ferreira de Castro é composta por 2586 pessoas cadastradas (39,22% dos habitantes do município), todas em área urbana. A população empregada atua principalmente na área de serviços. É considerável o número de pessoas que trabalham na usina da cidade. Na área da comunidade existem cerca de cinco escolas, uma creche, uma APAE e cinco igrejas. A cidade, e a comunidade, estão passando por um processo de adequação na captação e tratamento de água e no destino dos resíduos sólidos, visto a expectativa de grande crescimento nos próximos anos.

Esta unidade foi inaugurada há cerca de 10 anos e está situada próxima ao hospital da cidade (Hospital João Paulo II) e da Secretaria de Saúde do município. Trata-se de um edifício construído exclusivamente para abrigar o PSF. A recepção é relativamente ampla, com espaço e cadeiras em número adequado, sendo raro observar algum usuário aguardando o

atendimento em pé. A sala de reuniões conta com mesas e cadeiras, apresentando também um televisor e um aparelho de DVD. É bem equipada, conta com sala de vacinação, sala para armazenagem de medicamentos (apresentava uma pequena farmácia, que foi recentemente desativada, o que gerou descontentamento de alguns usuários), sala para triagem, uma pequena cantina, consultório médico, sala para atendimento ginecológico, sala para exames diversos (ECG, por exemplo), banheiros masculino e feminino, uma pequena sala para os agentes comunitários de saúde. Apresenta também consultório odontológico com duas poltronas para atendimento. Recebe o apoio de um NASF, com psicóloga, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social.

A unidade funciona das 7:00 às 17:00 horas. Todos os dias são realizados atendimentos agendados e espontâneos, com leve predomínio dos últimos. Porém, as quartas-feiras ficam reservadas para as visitas domiciliares e para as “renovações” de receitas. Raramente ocorrem reuniões com toda a equipe, o que torna difícil avaliar e planejar melhor o trabalho realizado. Esporadicamente ocorrem reuniões em grupo, como as reuniões de gestantes, de tabagistas, de usuários de álcool. Contudo, a comunicação entre os membros da equipe é boa, e estes estão abertos a mudanças e melhorias no trabalho realizado.

Existem vários problemas na área de abrangência desta unidade. Dentre eles, citam-se a baixa adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes, o grande número de tabagistas e o grande número de obesos. O problema considerado prioritário, em equipe, foi a baixa adesão ao tratamento por pessoas com diabetes. Este problema foi considerado de alta importância, urgente, e sua solução está dentro da capacidade de enfrentamento da equipe.

Em relação a este problema, foram selecionados os seguintes “nós críticos”:

- falta de informação sobre dieta;
- falta de informação sobre atividade física;
- falta de informação sobre o tratamento medicamentoso;
- dificuldade de acesso à atividade física orientada.

2 JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas apresentam uma importância cada vez maior, sendo o diabetes uma das principais.

O diabetes mellitus constitui um dos principais problemas em saúde pública do mundo, com prevalência crescente, sobretudo nos países em desenvolvimento. Previsões para os próximos anos apontam que, em 2030, 438 milhões de indivíduos, em todo o mundo, terão a doença (IDF, 2009 *apud* MEIRELES *et al.*, 2013).

A adesão ao tratamento do diabetes é fundamental, sobretudo no âmbito da atenção básica. “Considera-se adesão como o quanto o comportamento de uma pessoa (tomada de medicamentos, seguir uma dieta, ou mudar hábitos de vida) está de acordo com as recomendações de um profissional de saúde” (WHO, 2003 *apud* BARROS *et al.*, 2008).

Embora atualmente sejam vários os estudos que se debruçam sobre a adesão, essa continua a ser um problema, estimando-se um nível aproximado de 50% de adesão às recomendações dos profissionais de saúde (BRAGA, 2003 *apud* ASSUNÇÃO e URSINE, 2008).

É preciso estimular constantemente os diabéticos quanto à melhoria da dieta e das atividades físicas. “A motivação é uma das estratégias para melhorar a adesão ao tratamento em pacientes diabéticos juntamente com a prontidão para a modificação do estilo de vida, aceitação da doença e apoio familiar” (KOENIGSBERG *et al.*, 2004 *apud* ASSUNÇÃO e URSINE, 2008). A adesão ao tratamento medicamentoso também é fundamental, mas deve ser complementada pelo tratamento não medicamentoso.

A alta adesão medicamentosa pode ser atribuída aos modelos mentais (percepções e crenças) das pessoas com DM sobre o seu tratamento, em que as pessoas consideram a medicação como a modalidade de tratamento de maior impacto no controle do DM, ao comparar com a dieta e o exercício físico (BRADBENT *et al.*, 2011 *apud* VILLAS BOAS *et al.*, 2014).

A baixa adesão ao tratamento do diabetes é um problema que pode e deve ser enfrentado pela atenção básica. O diabetes não tratado ou inadequadamente tratado pode desencadear várias complicações crônicas. Dentre elas, destacam-se a doença arterial coronariana, a doença cerebrovascular, a doença vascular periférica, a retinopatia, a nefropatia, a neuropatia e o pé diabético. Todas estas complicações estão relacionadas à

duração da doença e ao grau de controle metabólico (MEIRELES *et al.*, 2013). Também se destacam as principais complicações agudas, a cetoacidose diabética e o estado hiperglicêmico hiperosmolar. Aumentar a adesão ao tratamento do diabetes significa diminuir o risco de complicações da doença, aumentando a qualidade e a expectativa de vida dos pacientes.

Em março de 2015, no município de Araporã, existiam 267 usuários diabéticos cadastrados, sendo 240 destes usuários acompanhados e 238 acima de 15 anos. No referido mês foram realizados 77 atendimentos a estes usuários (DATASUS, 2015). Na área de abrangência do PSF Lindalva Ferreira de Castro existem 126 diabéticos cadastrados (47,19% dos diabéticos do município), dos quais 19 receberam atendimento durante o mês de março de 2015. A maioria dos diabéticos (61,9%) é do sexo feminino, 55,55% realizam dieta, 27,77% realizam atividade física, 14,28% usam insulina e 70,63% usam hipoglicemiante oral. Os diabéticos apresentam dificuldade em aderir, principalmente, às recomendações de exercícios e ao tratamento farmacológico (particularmente ao uso de metformina, principal hipoglicemiante prescrito).

3 OBJETIVOS

Objetivo geral

Propor um plano de intervenção visando aumentar a adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento não farmacológico e farmacológico, da comunidade atendida pela unidade de saúde PSFII Lindalva Ferreira de Castro, no município de Araporã/MG.

Objetivos específicos:

- Propor um plano de intervenção visando melhorar a qualidade da dieta dos pacientes diabéticos;
- Propor um plano de intervenção visando melhorar a qualidade da atividade física dos pacientes diabéticos;
- Propor um plano de intervenção visando informar melhor os pacientes diabéticos sobre o tratamento medicamentoso;
- Propor um plano de intervenção visando disponibilizar aos pacientes diabéticos atividade física supervisionada.

4 METODOLOGIA

Para levantamento bibliográfico, nas bases de dados SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), foram utilizados os seguintes Descritores: adesão, tratamento, diabetes, atenção básica.

O plano de intervenção foi concebido de acordo com o Planejamento Estratégico Situacional, considerando os dez passos utilizados para a determinação do problema prioritário, dos seus nós críticos e das ações propostas (CAMPOS *et al*, 2010).

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A partir do problema prioritário estabelecido em equipe, a baixa adesão ao tratamento do diabetes, foram selecionados os seguintes nós críticos:

- falta de informação sobre dieta;
- falta de informação sobre atividade física;
- falta de informação sobre o tratamento medicamentoso;
- dificuldade de acesso à atividade física orientada.

Para cada nó crítico foram concebidos projetos, cujas características encontram-se nos quadros 1 a 4.

Quadro 1 – Operação sobre o nó crítico “desinformação quanto à dieta”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Lindalva Ferreira de Castro, em Araporã, Minas Gerais, 2015.

Nó crítico	Desinformação quanto à dieta
Operação	Melhorar a qualidade da dieta dos diabéticos
Projeto	Alimentar melhor
Resultados/produtos esperados	Visitas das ACS com análise e orientação sobre a dieta
Atores sociais/responsabilidades	Nutricionista e agentes comunitárias de saúde
Recursos necessários	Econômico: cartilhas Cognitivo: orientação prévia da nutricionista
Recursos críticos	Cognitivo: orientação prévia da nutricionista
Controle dos recursos críticos/viabilidade	Ator que controla: nutricionista Motivação: favorável
Ação estratégica de motivação	Não é necessária
Responsáveis	Orientação: nutricionista Cartilhas: nutricionista e ACS Visitas: ACS
Cronograma/prazo	Início em 2 meses e término em 6 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Ficha contendo: responsável, estado atual, justificativa, novo prazo

Fonte: NEVES, 2015.

Quadro 2 – Operação sobre o nó crítico “desinformação quanto à atividade física”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Lindalva Ferreira de Castro, em Araporã, Minas Gerais, 2015.

Nó crítico	Desinformação quanto à atividade física
Operação	Aumentar adesão e qualidade dos exercícios dos diabéticos
Projeto	Exercitar melhor
Resultados/produtos esperados	Visitas das ACS com orientações sobre os exercícios
Atores sociais/responsabilidades	Educador físico e agentes comunitárias de saúde
Recursos necessários	Econômico: cartilhas Cognitivo: orientação prévia do educador físico
Recursos críticos	Cognitivo: orientação prévia do educador físico
Controle dos recursos críticos/viabilidade	Ator que controla: educador físico Motivação: indiferente
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto
Responsáveis	Orientação: educador físico Cartilhas: educador físico e ACS Visitas: ACS
Cronograma/prazo	Início em 2 meses e término em 6 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Ficha contendo: responsável, estado atual, justificativa, novo prazo

Fonte: NEVES, 2015.

Quadro 3 – Operação sobre o nó crítico “desinformação quanto ao tratamento medicamentoso”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Lindalva Ferreira de Castro, em Araporã, Minas Gerais, 2015.

Nó crítico	Desinformação quanto ao tratamento medicamentoso
Operação	Aumentar adesão ao tratamento medicamentoso do diabetes
Projeto	Tratar é fundamental
Resultados/produtos esperados	Grupos operativos com orientações sobre o tratamento medicamentoso
Atores sociais/responsabilidades	Diretora da escola próxima, médico, enfermeira, técnica de enfermagem
Recursos necessários	Econômico: cartilhas Organizacional: espaço físico, equipamento audiovisual Cognitivo: habilidade e conhecimento da equipe

Recursos críticos	Organizacional: espaço físico, equipamento audiovisual
Controle dos recursos críticos/viabilidade	Ator que controla: diretora da escola próxima Motivação: favorável
Ação estratégica de motivação	Não é necessária
Responsáveis	Espaço, equipamento audiovisual: diretora Cartilhas: médico, enfermeira, técnica de enfermagem Condução do grupo: médico, enfermeira
Cronograma/prazo	Início em 2 meses e manutenção
Gestão, acompanhamento e avaliação	Ficha contendo: responsável, estado atual, justificativa, novo prazo

Fonte: NEVES, 2015.

Quadro 4 – Operação sobre o nó crítico “dificuldade de acesso à atividade física orientada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Lindalva Ferreira de Castro, em Araporã, Minas Gerais, 2015.

Nó crítico	Dificuldade de acesso à atividade física orientada
Operação	Melhorar o acesso e aumentar adesão dos diabéticos a atividades físicas orientadas
Projeto	Atividade supervisionada
Resultados/produtos esperados	Grupos de atividade física orientadas por educador físico
Atores sociais/responsabilidades	Equipe junto com a secretária de saúde e educador físico
Recursos necessários	Econômico: contratar educador físico, materiais esportivos Organizacional: espaço físico, equipamentos Cognitivo: orientações do educador físico
Recursos críticos	Econômico: contratar educador físico, materiais esportivos
Controle dos recursos críticos/viabilidade	Ator que controla: secretária de saúde Motivação: indiferente
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto
Responsáveis	Contratar educador: secretária de saúde Espaço, equipamentos: equipe e educador físico Orientações: educador físico
Cronograma/prazo	Início em 3 meses e manutenção
Gestão, acompanhamento e avaliação	Ficha contendo: responsável, estado atual, justificativa, novo prazo

Fonte: NEVES, 2015.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse projeto foram apontados os nós críticos que interferem na otimização do tratamento dos pacientes diabéticos na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Lindalva Ferreira de Castro, em Araporã. A participação no Curso de Especialização em Atenção Básica em saúde da família contribuiu para uma organização do processo de trabalho mais qualificada e consequente elaboração do plano de ação.

A diabetes é um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. O plano de ação proposto nesse trabalho tem como objetivo estimular ao aumento da adesão ao tratamento deste paciente e consequentemente reduzir o número de complicações advindas de um inadequado acompanhamento do mesmo na unidade básica de saúde. A Estratégia de Saúde da Família propõe uma abordagem preventiva às doenças e de promoção à saúde abordando o paciente de forma integral

As ações propostas em cada “nó crítico” necessitam da cooperação de todos os membros da equipe de saúde, assim como apoio da gestão local para a realização do projeto.

Espera-se que a estratégia proposta de realização de orientações e esclarecimentos, bem como o estímulo à prática de atividade física através de exercícios físicos supervisionados, proporcione ainda maior vínculo entre usuários e a equipe de saúde da família, socialização, troca de experiências e apoio mútuo entre os participantes, permitindo maior adesão ao tratamento. A partir destes resultados espera-se melhor controle dos níveis glicêmicos e consequentemente melhor qualidade de vida para os envolvidos.

REFERÊNCIAS

ALEIXO, C.; RESENDE, F. Araporã, MG, está entre as dez cidades de maior PIB por habitante. **G1 Triângulo Mineiro**, 2014. Disponível em: <http://g1.globo.com/minas-gerais/triangulo-mineiro/noticia/2014/12/arapora-mg-esta-entre-dez-cidades-de-maior-pib-por-habitante.html>. Acesso em: 13 de jun. de 2015.

ASSUNÇÃO, 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. **Ciência e Saúde Coletiva**, s. 2, n. 13, p. 2189-2197, 2008. Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/>

BARROS, A. C. M de. *et al.* Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 1, pág. 54-62, 2008.

CAMPOS, F. C. C. de *et al.* **Planejamento estratégico situacional**. In: CAMPOS, F. C. C. de *et al.* Planejamento e avaliação das ações em saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2 ed., 118 p., 2010.

DATASUS. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). 2015. Disponível em: <http://siab.datasus.org.br/>. Acesso em: 13 de jun. de 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades@. 2015. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 13 de jun. de 2015.

MEIRELES, A. L. *et al.* **Linha Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica**. 3 ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013. Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/>

VILLAS BOAS, L. C. G. *et al.* Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 2, n. 67, p. 268-273, mar-abr. 2014. Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/>