

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

GEMA MARIA RIVERON PENA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DOS USUÁRIOS PORTADORES DE
DIABETES MELLITUS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA
DAS DORES SILVA NO MUNICÍPIO DE BELO VALE**

Belo Horizonte / Minas Gerais

2016

GEMA MARIA RIVERON PENA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DOS USUÁRIOS PORTADORES DE
DIABETES MELLITUS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA
DAS DORES SILVA NO MUNICÍPIO DE BELO VALE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de especialista.

Orientador: Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi.

Belo Horizonte / Minas Gerais

2016

GEMA MARIA RIVERON PENA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DOS USUÁRIOS PORTADORES DE
DIABETES MELLITUS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA
DAS DORES SILVA NO MUNICÍPIO DE BELO VALE**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi - Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Examinador 2 – Prof^a Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh. Nome - Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, que são a razão de meu existir, a minha família por me apoiar sempre no logro de meus objetivos, à comunidade de Belo Vale por seu carinho e cooperação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida e pela sua constante companhia.

Agradeço ao meu orientador pela paciência e dedicação.

Agradeço ao Conselho Municipal de Saúde, Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação, Prefeitura Municipal, e todas as pessoas que de alguma forma tornaram possível a realização deste trabalho.

A todos meus sinceros e profundos agradecimentos.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

RESUMO

O presente trabalho surgiu da necessidade de garantir a adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus (DM) em pacientes da Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria das Dores do Município Belo Vale. Em nossa área de abrangência atinge 157 pessoas, das quais o 29,9% estão descompensadas. Objetivou, elaborar proposta de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento para o controle dos usuários diagnosticados com Diabetes Mellitus e descompensados. Para a elaboração do plano utilizou-se o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) e fez-se a revisão bibliográfica do tema com os descritores: Diabetes Mellitus, prevenção e controle, estratégia saúde da família, planejamento em saúde. Acredita-se que com aplicação do plano de intervenção será possível melhorar a condição de saúde dos usuários portadores de DM e familiar, da comunidade, ocasionando maior bem estar aos envolvidos.

Descritores: Diabetes Millitus, prevenção, controle, estratégia saúde da família, planejamento em saúde.

ABSTRACT

This work arose from the need to ensure adherence to the treatment of Diabetes Mellitus (DM) in patients from the Basic Health Unit (BHU) Maria das Dores Municipality of Belo Vale. In our coverage area reaches 157 people, of which 29.9% are uncompensated. It aimed to draw up proposed intervention to improve adherence to treatment for control of users diagnosed with Diabetes Mellitus and decompensated. For the preparation of the plan used the Strategic Planning Method Situational (PES) and became a bibliographic review with the key words: Diabetes Mellitus, prevention and control, strategy, family health, health planning. It is believed that with implementation of the action plan will be possible to improve the health status of patients with DM and family members, the community, leading to greater well-being to those involved.

Descriptors: Diabetes mellitus, prevention, control, strategy, family health, health planning.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Priorização dos problemas de saúde, UBS Maria das Dores, Belo Vale/ MG/2015.....	38
Tabela 02 - Recursos a serem utilizados em cada projeto para o enfrentamento do problema priorizado na UBS Maria das Dores/ Belo Vale / MG/2015.....	42
Tabela 03 - Controle de recursos necessários para intervenção e enfrentamento da prevalência da Diabetes Mellitus dos pacientes da UBS Maria das Dores/ Belo Vale/MG/2015.....	43
Tabela 04 - Desenho das operações para os nós críticos do problema: prevalência da Diabetes Mellitus na UBS Maria das Dores/ Belo Vale/ MG/ 2015.....	45
Tabela 05 - Gestão do plano para o enfrentamento do problema: prevalência da Diabetes Mellitus na UBS Maria das Dores/Belo Vale/ MG/ 2015.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente comunitário de Saúde.
ADA - Associação Americana de Diabetes.
BDENF- Banco de Dados de Enfermagem.
BH - Belo Horizonte.
COPASA - Companhia de Água S.A.
CEMIG - Companhia Elétrica de Minas Gerais.
DATASUS - Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde.
DM - Diabetes Mellitus.
ESFs - Equipes de Saúde da Família.
ESF - Estratégia de Saúde da Família.
HA - Hipertensão Arterial.
IDEB - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica.
IMC - índice de massa corporal.
IBGE - Instituto Brasileiro de Geostatística.
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.
MG - Minas Gerais.
OMS - Organização Mundial da Saúde.
PES - Planejamento Estratégico Situacional.
PSF - Programa Saúde da Família.
QV – Qualidade de Vida.
SciELO - Scientific Electronic Library Online.
SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica.
SIH - Sistema de Informação Hospitalar.
UNIMED - Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico.
TTG – Teste de Tolerância à Glicose.
UBS – Unidade Básica de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	18
4 METODOLOGIA.....	19
5 REVISÃO DA LITERATURA	21
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERENCIAS.....	50

1 INTRODUÇÃO

O município de Belo Vale fica a 82 km da capital Belo Horizonte (BH), na região central do Estado Minas Gerais (MG). Situa-se na estrada que liga BH à Rio de Janeiro (RJ), distancia-se 400 km de RJ, 556 km de São Paulo e 800 km de Brasília (BELO VALE, 2014).

Belo Vale possui 365 km² e faz divisa com os municípios de Congonhas, Ouro Preto, Moeda, Brumadinho, Bonfim, Piedade dos Gerais e Jeceaba. Foi fundado por bandeirantes em 1.681 e povoado graças à descoberta de ouro nas Roças de Matias Cardoso (atual Roças Novas), em 1700 (BELO VALE, 2014).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geostatística (IBGE), ano 2010, o Município possui 7.536 habitantes. A população urbana é de 3.295 e a rural de 4.291 habitantes, portanto a taxa de urbanização é de 43,5% e o índice de desenvolvimento humano é de 0.655.

Pode-se registrar decréscimo populacional nos últimos 40 anos, devido à migração de pessoas a outras cidades (BH, Congonhas, Conselheiro Lafaiete, Ouro Branco), em busca de estudos, maior qualificação profissional e emprego (BELO VALE, 2014).

Existem vários ramos de atividade econômica com várias empresas, principalmente agropecuária e agricultura (cultura de citrus, feijão, batata, tangerina pokan). Belo Vale é o maior produtor da tangerina pokan no Estado de Minas Gerais. A Pecuária conta com gado de corte e equinos. Por estar localizada no quadrilátero ferrífero, a cidade possui atividade de extração de minério de ferro. O principal gerador de empregos é a agropecuária (BELO VALE, 2014).

Possui setor turístico atrativo, com cachoeiras, a famosa Fazenda Boa Esperança e o Museu do Escravo, único museu no Brasil exclusivo da escravidão. Em termos de festividades, destacam-se a Semana Santa, a festa de Nossa Senhora de Santana (26 de julho), o rodeio e o pré-carnaval (BELO VALE, 2014).

A Prefeitura tem se preocupado em investir para a comunidade como; escolas e centros de saúde para atender ao clamor público, que é bastante ativo. A população tem muito apreço pela unidade de saúde, fruto de anos de luta da associação.

A estrutura de saneamento básico está composta por esgotamento sanitário na zona urbana e por fossas sépticas e fossas rudimentares na rural. A maioria da

comunidade vive em boas condições de moradias e outra parte em condições precárias, sobre tudo na área rural. Segundo o IBGE (2003), o índice de pobreza é de 22,79%.

A coleta de lixo é feita por coleta na zona urbana e, na rural, algumas das residências queimam ou enterram o lixo. No abastecimento de água, há predomínio da rede geral com água tratada, e existem algumas residências com poço.

No município há três escolas no centro e 19 nos arredores da cidade. Foi instalada uma escola técnica que oferta cursos, como Inglês e Informática.

Os indicadores educacionais mostram que houve evolução positiva durante a última década em Belo Vale. A taxa de analfabetismo teve declínio acentuado, assim como a proporção de jovens com poucos anos de estudo. Segundo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), ano 2012, o índice de escolarização nesta faixa da população cresceu de forma significativa. Há dados que mais de 75% dos jovens estão no ensino fundamental, e estão alfabetizadas 6553 pessoas.

Um dos objetivos da prefeitura é construir uma creche, a cidade ainda é desprovida de creche (BELO VALE, 2014).

Os belovalenses possuem vida amistosa, com bom convívio entre os próximos. É uma cidade média, sem os problemas das cidades grandes, como veículos intensos, engarrafamentos, crimes, sem a poluição e sem tráfico de drogas. Vivem da renda de serviços no campo, na mineração e no serviço público. Existem diversos comércios locais que empregam parte da população e que geram oportunidades de empregos para os mais jovens.

O município é servido de água pela empresa Companhia de Água S.A. (COPASA) e de luz pela Companhia Elétrica de Minas Gerais (CEMIG). Na área de telefonia, existem telefones públicos fixos, telefones particulares e telefonia móvel. Belo Vale possui duas agências bancárias (Banco do Brasil e Bradesco), além do Banco Postal localizado na agência dos Correios. Também possui uma agência das lotéricas da Caixa Econômica Federal.

Em 2005 foi implantado o Programa Saúde da Família, abrangendo 2449 famílias. Belo Vale possui dois postos de saúde na zona rural e um na zona central, com três equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma equipe de saúde bucal.

Quanto à estrutura física, a cidade possui um hospital com maternidade, dois laboratórios de exames e três farmácias. Este hospital atende a todo o município e a

idades vizinhas. Também possui convênio com a Prefeitura de Belo Vale e com a Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico (UNIMED).

O município possui policlínica com médicos em várias especialidades como: Cardiologia, Ginecologia, Pediatria e Odontologia. Belo Vale trabalha com sistema de referência e contra referência, segundo os quais determinados pacientes são enviados para a capital na busca de tratamento mais adequado.

Com relação aos aspectos epidemiológicos, foram cadastrados em 2014, 1.105 portadores de hipertensão arterial, 266 portadores de diabetes, três portadores de tuberculose e 32 casos de dengue, de acordo com os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2014).

Segundo dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS) as principais causas de Internação foram complicações da Hipertensão Arterial (HA), Diabetes Mellitus (DM) Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Doenças Respiratórias. As principais causas de óbitos no município foram doenças cardiovasculares, respiratórias e endócrino-metabólicas. A taxa de mortalidade infantil foi de 8/1000 nascidos vivos. Destaca-se que a cobertura vacinal da população de menores de 5 anos de idade foi de 90% (BRASIL, 2014).

Segundo o Portal da Prefeitura Municipal de Belo Vale/MG, o valor repassado ao fundo do município de Belo Vale, pelo setor da saúde, no ano 2014 foi de R\$ 5.963.412,65 e de Assistência Social, R\$ 52.627,34 (BELO VALE, 2014).

De acordo com as políticas, nacional e estadual de saúde, o município vem buscando o fortalecimento da sua atenção primária e o redesenho da sua rede assistencial, adequando a demanda apresentada pela comunidade ao serviço oferecido. A comunidade possui grande voz ativa perante os agentes municipais de saúde e grande participação nas decisões desta área mediante Conselho Municipal de Saúde.

A Unidade de Saúde da Família Maria das Dores Silva, localizada na região central e de fácil acesso, está constituída por dois profissionais médicos, uma enfermeira (coordenadora da equipe), duas técnicas de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, um auxiliar de serviços gerais, uma recepcionista e um motorista, que possuem uma jornada de trabalho de 40 horas semanais.

A Unidade de saúde da família foi implantada em 2012. O prédio tem área adequada e um bom espaço físico. Existe sala para reuniões, recepção com

quantidade de cadeiras suficientes para a demanda, duas salas para consulta médica, uma sala para consulta de enfermagem, farmácia, sala de procedimentos de enfermagem com uma maca, sala dos agentes de saúde. Além da estrutura física, está muito bem equipada e com todos os recursos para o bom funcionamento da equipe.

A equipe faz o atendimento primário à comunidade, a unidade atua atendendo a demanda espontânea e a programada, fazendo um trabalho de visita domiciliar, prestando assim assistência para 1.139 famílias. São ofertadas ações coletivas a grupos específicos, como diabéticos e hipertensos, além de visitas em escolas como forma de divulgar a educação em saúde. Os atendimentos as comunidades distantes do centro, são ofertados por médicos, enfermeiros e auxiliares, que se deslocam em veículos disponibilizados pela Prefeitura.

De acordo com a equipe da saúde Maria das Dores Silva existem alguns pontos que precisam ser melhorados, tanto estruturalmente, quanto em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional, a equipe destacou o alto número de diabéticos descompensados.

Ao realizar a priorização dos problemas, a equipe de saúde levou em consideração a importância, urgência e capacidade de enfrentamento. Desse modo, o problema priorizado para a realização do projeto de intervenção foi alto número de usuários diabéticos descompensados. As questões consideradas mais relevantes para apontar o grau do problema foram às características pessoais e sociais desses usuários. Dentre os 157 usuários cadastrados portadores de DM e acompanhados, 47 estão descompensados.

Apesar do trabalho contínuo como visitas domiciliares, consultas médicas trimestrais e grupos operativos que são desenvolvidos pela equipe de saúde, na tentativa de diminuir os níveis de glicemia e seus agravos, existem ainda uma demanda por consultas nos serviços de média e alta complexidade, principalmente nos serviços de urgência e emergência.

Os maiores entraves dos usuários em aderir ao tratamento, são as dificuldades em implantar mudanças de hábitos, em abandonar alimentos calóricos e ricos em glicose, falta de disciplina para iniciar e manter atividades físicas regulares, desinformação sobre a doença e falta de estímulo pessoal para se dedicar ao tratamento. Aliado a isso, cada cidadão em sua condição pessoal, financeira e

social, possui uma escala de prioridades internas, vindo a privilegiar outras áreas da vida humana, como trabalho, família, o que coloca o tratamento do DM e a busca da saúde em condições menos privilegiadas para se dedicar tempo neste sentido.

Como consequências da não adesão ao tratamento, foram destacadas pela Equipe a dificuldade de controle dos níveis de glicose, o que aumenta o risco cardiovascular, que por sua vez, aumentam as complicações da DM, tais como o acidente vascular cerebral, o infarto agudo do miocárdio, amputações dos membros inferiores. Como resultado, observa-se um aumento de internações, invalidez, óbitos, aumentando a demanda de consultas e gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

Os nós críticos mais importantes e identificados pela Equipe são: processo de trabalho inadequado da equipe, estilo de vida inadequado (autocuidado), perda de prazeres cotidianos, poucos conhecimentos específicos sobre a doença, falta de crença da doença e mal uso de remédios.

Com o objetivo de identificar os nós críticos já apresentados, a Equipe de Saúde destaca a necessidade de serem feitas mudanças no estilo de vida, buscando promover, hábitos saudáveis, exigência de uma alimentação adequada, obrigatoriedade de ser mantida atividade física regular, evitar cigarro e bebida alcoólica, fazer o controle do peso e sempre mantendo a autoestima dos usuários. Deve ainda, evitar problemas emocionais, sendo importante instruir as pessoas sobre a doença, divulgar as formas de tratamento, explicar sintomas, fatores de riscos e complicações, conscientizando que os usuários precisam de cuidados especiais.

Aliado a isso, a equipe de saúde deve organizar o trabalho e ter contato com a comunidade, além da necessidade de divulgação sobre indicações dos medicamentos, doses, horários, efeitos desejados e colaterais.

Assim, um trabalho a ser elaborado e proposto com o intuito de melhorar a condição de saúde dos usuários portadores de DM e familiar é de suma importância, tanto no campo social, econômico e humano, ocasionando maior bem estar a todos os envolvidos.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pelo alto índice de usuários portadores de DM descompensados na comunidade, pelo aumento do risco cardiovascular e demais conseqüências da doença, levando a sérias complicações e até mesmo ao óbito.

A relevância deste estudo tem como justificativa, o fato da DM atingir grande parte da população brasileira, segundo indicadores oficiais e pelo Ministério da Saúde. É estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição de 11,3% em 2030. O diabetes é um problema de saúde pública que a cada ano vem afetando mais indivíduos do mundo todo, as pessoas afetadas correm um grande risco de desenvolver lesões cardiovasculares, renais e outras (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, merece uma abordagem diferenciada, devido a sua alta incidência e prevalência, por consumir grande volume de recursos financeiros, por representar um grande ônus social e, ainda, por sua crescente relevância como causa de morte no Brasil.

Destaca-se que a Equipe de Saúde participou da análise dos problemas levantados e considerou que, no município de Belo Vale, existem recursos humanos e materiais para se desenvolver um Projeto de Intervenção junto à população portadora de DM, portanto a proposta é viável.

Por essas considerações, justifica-se a realização deste estudo para propor ações que possam ser implantadas, a fim de melhorar o processo de trabalho da equipe de saúde da família, quanto ao aumento da adesão dos portadores de Diabetes Mellitus, ao diagnóstico e tratamento, bem como, a prevenção de mortes e incapacidades, onde tem um papel fundamental o tratamento.

Este trabalho de intervenção se baseia na criação de novas abordagens e formas de atendimento, garantindo o melhor seguimento e uma atenção de forma integral, aos usuários com esta doença.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

- Elaborar um projeto de intervenção, para melhorar a adesão ao tratamento para controle dos usuários diagnosticados com Diabetes Mellitus e descompensados, residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde Maria das Dores Silva, no Município de Belo Vale/MG

3.2 Objetivos específicos:

- Identificar o perfil dos usuários diagnosticados com DM na UBS Maria das Silva.
- Descrever os fatores relacionados à adesão ao tratamento dos usuários portadores de DM.
- Estimular a reflexão da equipe de saúde, quanto à organização do processo de trabalho na abordagem dos pacientes portadores de DM.
- Propor um plano de intervenção, com a finalidade de melhorar a adesão ao tratamento pelos pacientes portadores de DM, residentes na área de abrangência da UBS Maria das Dores Silva, no Município de Belo Vale/ MG, para prevenir as possíveis complicações desta doença.

4 METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza, como um trabalho de intervenção que tem como objetivo propor um plano de ação, para melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes portadores de DM residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Maria das Dores, no Município de Belo Vale/MG.

Serão trabalhados os banco de dados do IBGE, da base municipal do SIAB, site eletrônico do DATASUS, dentre outros. Para a fundamentação teórica foi realizada uma busca sistematizada na literatura, utilizando sites de busca, como: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), edições do Ministério da Saúde e outros. A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores: Diabetes Mellitus, prevenção e controle, estratégia saúde da família, planejamento em saúde (BRASIL, 2014).

O período de busca de publicações entre 2003 e 2016, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores a este período. Por fim, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional, foram base para o desenvolvimento do plano de ação. O trabalho foi constituído a partir da seleção e análise de publicações relativas ao tema.

Para a elaboração do Plano de Intervenção foram utilizados os passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica, em Saúde da Família (CAMPOS, 2010), descritos a seguir:

- a) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e consequências);
- b) Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto à dimensão do problema e quantificação);
- d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);

- e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importante a serem enfrentadas);
- f) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- g) Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);
- i) Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);
- j) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Conceito

O DM trata-se de enfermidade antiga, já que existem relatos no sentido de seu diagnóstico. Povos antigos já relataram problemas com urina adocicada o que poderia estar associado com os primórdios do diagnóstico de DM. Santo (2012) confirma que o DM é uma doença conhecida desde a antiguidade. Os egípcios documentaram as primeiras descrições há três mil anos e o descreveram como uma enfermidade que se caracteriza por uma abundante emissão de urina. Nos séculos V e VI, médicos indianos já mencionaram que a urina de pacientes com diabetes era adocicada, comprovando o fato pela observação de formigas e outros insetos que eram atraídos pela urina desses pacientes.

De acordo com a medicina recente, o DM é tratado como uma síndrome sistêmica, envolvendo etiologias diversas e relacionadas com a baixa produção de insulina no organismo ou ausência de eficácia desta enzima.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2013), o DM não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas.

O conceito de Lima (2016) é simples e de fácil entendimento dizendo que o DM é uma doença cuja principal característica é o aumento de açúcar no sangue. Ela altera o metabolismo do açúcar, da gordura e das proteínas. A diabetes se manifesta quando o corpo não produz a quantidade essencial de insulina para que o açúcar do corpo se mantenha normal.

Os sintomas clássicos de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os “4 Ps”). Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição.

O DM é uma doença crônica que exige mudanças de hábitos e desenvolvimento de comportamentos especiais de autocuidado que deverão ser mantidos por toda a vida. No Brasil, o diabetes, junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos

primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações e que pessoas e comunidades progressivamente têm acesso a esses cuidados. (BRASIL, 2006).

Para Miranzi (2008), dentre as doenças crônicas, a HA e o DM são as mais comuns, cujo tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida. Estas alterações podem comprometer a qualidade de vida, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas patologias.

No mesmo sentido, existem autores que entendem pelo aumento da incidência e prevalência da DM, uma vez que o país encontra-se em aumento da idade média. Assim, com o aumento da idade, ocorre aumento da possibilidade de aparecimento de DM na população, ocasionando um fenômeno epidemiológico causado por mudanças nas condições de vida.

Ressalta Miranzi (2008) que, atualmente, pode-se observar que houve transformações quanto à incidência e à prevalência das doenças, bem como quanto às principais causas de morte. No Brasil, os altos índices de óbitos causados por doenças crônicas decorrem do estágio atual da transição demográfico/epidemiológica pela qual passa a população brasileira, resultando no envelhecimento populacional. Tais mudanças permitem que aspirem a uma vida mais longa, sem preocupação com limitações, incapacidades e dependências, próprias do envelhecimento.

A importância do DM cresce com o tempo uma vez que a pirâmide de distribuição da população por idade demonstra uma população mais idosa e existe aumento do aparecimento de DM relacionado à idade específica de cada pessoa. Conforme relatado pela Sociedade Brasileira de Diabetes Mellitus (2013), uma epidemia de DM está em curso. Em 1985, estimavam-se haver 30 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar em 300 milhões em 2030. Cerca de dois terços desses indivíduos com DM vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade, com crescente proporção

de pessoas afetadas em grupos etários mais jovens, coexistindo com o problema que as doenças infecciosas ainda representam.

Da mesma forma, Santo (2012) cita que o Brasil assiste, desde a década de 1960, sua transição demográfica e epidemiológica caracterizada pelo envelhecimento populacional e pelo aumento das doenças crônico-degenerativas. Entre as doenças crônicas, o DM destaca-se como uma das mais freqüentes, configurando-se hoje como epidemia mundial, representando grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo.

Para Pontieri (2007), existe na área de diabetes uma grande preocupação devido às características de pandemia que a síndrome vem adquirindo. Para os profissionais de saúde, um dos maiores desafios é a baixa adesão das pessoas diabéticas ao tratamento, no qual se insere a terapia nutricional.

5.2 Tipos de Diabetes Mellitus

A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA, 2012) inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e DM gestacional.

A expectativa de vida é reduzida em média em 15 anos para o Diabetes tipo 1 e em 5 a 7 anos na do tipo 2; os adultos com diabetes têm risco 2 a 4 vezes maior de doença cardiovascular e acidente vascular cerebral é a causa mais comum de amputações de membros inferiores não traumática, cegueira irreversível e doença renal crônica terminal. Em mulheres, é responsável por maior número de partos prematuros e mortalidade materna (BRASIL, 2006).

A DM tipo I é, em verdade, a doença expressada desde tenra idade, independente de sexo. De forma direta, este tipo de DM foi definido por Lima (2016) como sendo tipo I, apenas 10% dos diabéticos têm a Diabetes tipo I, esse tipo se manifesta principalmente em crianças e adolescentes. Nela, o pâncreas do indivíduo produz pouca insulina ou nenhuma, pois as células betas, que são as que produzem a insulina, são destruídas de uma forma irreversível e é necessário receber injeções diárias de insulina. Deve-se controlar a insulina, a alimentação e fazer exercícios.

No que se refere ao DM tipo 1, é o resultado da destruição de células beta-pancreáticas com conseqüente deficiência de insulina. Na maioria dos casos, essa destruição de células beta é mediada por auto-imunidade, porém existem casos em

que não há evidências de processo autoimune, sendo, portanto, referidos como forma idiopática de DM tipo 1 (BRASIL, 2006).

Ao ver de Lima (2016), a DM tipo II aparece também em crianças e jovens, mas é mais comum depois dos 30 anos, em pessoas obesas e pessoas idosas. Neste tipo o pâncreas continua a produzir a insulina, mas neste caso é o organismo que se torna resistente aos seus efeitos. O tipo II é comum também para quem tem casos na família.

Quanto à DM tipo 2, é a forma presente em cerca de 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 sobrepeso ou obesidade, e cetoacidose raramente se desenvolve de modo espontâneo, ocorrendo apenas quando se associa a outras condições como infecções. Pode ocorrer em qualquer idade, mas geralmente diagnosticado após os 40 anos. Os pacientes não dependem de insulina exógena para sobreviver, porém podem necessitar de tratamento com insulina para obter controle metabólico adequado (BARRINUEVO, 2013).

O Diabetes Gestacional trata-se de qualquer intolerância a glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. 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 MELLITUS, 2013).

5.3 Diagnóstico de Diabetes Mellitus

O diagnóstico de DM é de suma importância, vez que permite ao paciente descobrir a doença e iniciar o tratamento. Algumas vezes o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica. Entretanto, o diabetes pode ser assintomático em proporção significativa dos casos, a suspeita clínica ocorrendo então a partir de fatores de risco para o diabetes. Cerca de 50% da população com diabetes não sabe que são portadores da doença. (RIPARDO, 2012)

Os exames laboratoriais para o diagnóstico de diabetes e de regulação glicêmica alterada, de acordo com Brasil (2006) são:

- Glicemia de jejum: nível de glicose sanguínea após um jejum de 8 a 12 horas; (normal até 110mg/dl).

- Teste oral de tolerância à glicose (TTG-75g): O paciente recebe uma carga de 75 g de glicose, em jejum, e a glicemia é medida antes e 120 minutos após a ingestão; (alterada se maior que 200mg/dl).
- Glicemia casual: tomada sem padronização do tempo desde a última refeição. (alterada se maior que 200 mg/dl).

Pessoas cuja glicemia de jejum situa-se entre 110 e 125 mg/dL (glicemia de jejum alterada), por apresentarem alta probabilidade de ter diabetes, podem requerer avaliação por TTG-75g em 2h.

A medida da glico-hemoglobina não deve ser utilizada para o diagnóstico, mas é o método de referência para avaliar o grau de controle glicêmico a longo prazo. Desta forma, trata-se de índice mais importante no controle e tratamento do que, efetivamente, no diagnóstico inicial da síndrome.

5.4 Fatores de Risco

Diversos são os fatores de risco ligados ao DM, nas diversas classes existentes, seja Tipo 1, Tipo 2 ou Gestacional. Os fatores de maior risco são: idade >45 anos, sobrepeso, obesidade central, antecedente familiar de diabetes, Hipertensão arterial (>140/90 mmHg), Colesterol HDL <35 mg/dL e/ou triglicerídeos >150 mg/dL, história de macrossomia ou Diabetes Gestacional, diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos e doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida (BRASIL, 2006).

5.5 Tratamento

Após o diagnóstico, é de suma importância ser feita a escolha do tratamento e a implementação das medidas necessárias ao paciente, bem como, seu acompanhamento. Existe o pensamento de ser lançado foco do tratamento na educação e na conduta do profissional de saúde.

Conforme citado pela Sociedade Brasileira de Diabetes Mellitus (2013), a educação em diabetes evoluiu muito nos últimos anos e as técnicas atuais para o estímulo e treinamento do autocuidado utilizam um modelo mais focado no paciente, buscando promover mudanças de comportamento mais positivas. Só podemos considerar a educação em diabetes efetiva se esta resultar em “mudanças e/ou

aquisição de comportamentos”; caso contrário, estaremos somente transmitindo informações.

Lima (2016) ressalta a importância do tratamento ao dizer que a doença mal cuidada pode trazer muitas complicações, como por exemplo, a diminuição da circulação sanguínea que pode causar alterações no coração (ataque cardíaco), nos olhos (perda da visão), pernas (fraquezas), rins (requer hemodiálise), pele (feridas, úlceras, amputações) e nervos (paralisia).

O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia (BRASIL, 2006).

A terapia nutricional em diabetes tem como alvo o bom estado nutricional, saúde fisiológica e qualidade de vida do indivíduo, bem como, prevenir e tratar complicações a curto e longo prazos e comorbidades associadas (ADA, 2012)

Tem sido bem documentado que o acompanhamento nutricional, realizado por especialista favorece o controle glicêmico promovendo redução de 1% a 2% nos níveis de hemoglobina glicada, independentemente do tipo de diabetes e tempo de diagnóstico. Sabe-se também que quando associado a outros componentes do cuidado em diabetes, o acompanhamento nutricional pode melhorar ainda mais os parâmetros clínicos e metabólicos dessa doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013).

Existem evidências consistentes dos efeitos benéficos do exercício na prevenção e no tratamento do DM. O exercício (150 minutos/semana) atua na prevenção do DM, principalmente nos grupos de maior risco, como os obesos e os familiares de diabéticos. Indivíduos fisicamente ativos e aqueles com melhor condição aeróbica apresentam menor incidência de DM tipo 2 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013).

O exercício físico atua de forma específica sobre a resistência insulínica, independentemente do peso corporal. Indivíduos fisicamente mais ativos possuem níveis mais baixos de insulina circulante, melhor ação em receptores e pós-receptores de membrana, melhor resposta de transportadores de glicose e maior capilarização nas células musculares esqueléticas, quando em comparação com indivíduos menos ativos, independentemente do peso e do índice de massa corporal

(IMC). O exercício físico também atua na redução do peso corporal, que, por si só, já reduz o risco de DM2 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013).

No tratamento do diabetes podemos destacar que o exercício físico é um importante aliado, atuando sobre o controle glicêmico e sobre outros fatores de comorbidade, como a hipertensão e a dislipidemia, e reduzindo o risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013).

Está bem demonstrado hoje que indivíduos em alto risco (com tolerância à glicose diminuída), podem prevenir, ou ao menos retardar, o aparecimento do DM tipo 2. Por exemplo, mudanças de estilo de vida reduziram 58% da incidência de diabetes em três anos. Essas mudanças visavam discreta redução de peso (5-10% do peso), manutenção do peso perdido, aumento da ingestão de fibras, restrição energética moderada, restrição de gorduras, especialmente as saturadas, e aumento de atividade física regular (BRASIL, 2006).

Questão de relevância para o tratamento é ser analisada a escolaridade dos usuários. A escolaridade é peça fundamental para o tratamento eficaz. Proporcionalmente ao aumento da escolaridade, aumenta-se a possibilidade de tratamento ao paciente, uma vez que consegue absorver a idéia básica de ser tratado.

Para Groff (2011) a baixa escolaridade reflete o discutido em estudo sobre idosos em unidades da Estratégia Saúde da família, os quais tiveram, predominantemente, pouco tempo de escolarização, o que reforça a necessidade de atenção especial para a compreensão do tratamento por esses idosos. A mesma autora relata ainda que a questão da não adesão ao tratamento medicamentoso prescrito tem tomado importância nas últimas décadas e está sendo incluída na lista de preocupações dos profissionais de saúde. Pacientes com baixo grau de aderência aos tratamentos propostos contribuem substancialmente ao agravamento da doença, morte e aumento dos custos dos serviços de saúde.

De acordo com Pontieri (2007) o maior desafio para o controle da síndrome é manter a glicemia dentro de parâmetros adequados. O controle glicêmico almejado é glicemia de jejum menor que 126 mg/dl e hemoglobina glicosilada menor que 7%.

Para Lima (2016) o tratamento desta doença requer muito cuidado, deve-se controlar o açúcar no sangue principalmente. É necessário muitos exercícios e também dietas de acordo com o tipo e também com o paciente. Em geral os diabéticos não devem comer com muita freqüência alimentos doces. As pessoas

com diabetes também muitas vezes tem o colesterol alto, porém para abaixá-lo também é necessário controlar o açúcar. Alguns medicamentos também são usados, como a insulina e também hipoglicemiantes orais.

5.6 Espécies de Tratamento

Aliado aos diversos aspectos do tratamento de DM está o Tratamento Farmacológico. Este é de mais fácil execução pelo paciente, tratando-se de ação palpável, sendo facilmente perceptível pelos usuários. Está realçado pela Sociedade Brasileira de Diabetes Mellitus (2013) que para promover a educação do paciente, é necessário mais do que programas educativos estruturados. Os profissionais devem ser preparados para reconhecer as diferenças individuais dos pacientes e identificar suas necessidades, além de desenvolver habilidades para comunicação e uso de diferentes estratégias didáticas, considerando as especificidades da educação de adultos, já a partir do atendimento individual para, então, elaborar e implementar programas educativos. São essenciais a prática do trabalho em equipe interprofissional e considerar sempre o envolvimento dos pacientes nas tomadas de decisão.

Os pontos de importância de no que se refere ao tratamento não farmacológico são a dieta e os exercícios físicos frequentes. Quanto à alimentação, Pontieri (2007) relata que nesse contexto, a educação é item primordial no sentido de preparar o indivíduo para lidar com suas novas necessidades, garantindo sua participação efetiva no processo de prevenção da patologia e das suas complicações. A educação alimentar deve habilitar o paciente a tomar decisões pautadas em dados técnicos e informações científicas, pois dessa forma ele terá capacidade para traçar seus próprios objetivos no sentido de melhorar o estado geral de sua saúde e da qualidade de vida. Trata-se de um processo progressivo, que exige flexibilidade por parte da equipe. As mudanças vão correr de forma lenta e gradual, e pode ser que ocorram alguns retrocessos, dependendo de acontecimentos na vida do paciente, como casamento, separação, perda de entes queridos, perda de emprego, novo emprego, mudança de cidade, entre outras. Os profissionais precisam estabelecer contratos com os pacientes, como forma de promover uma relação de responsabilidades entre eles, de forma que cada avanço seja parte de um pacto de saúde estabelecido.

Visando apenas a questão do tratamento não farmacológico, Assunção (2008) cita em seu trabalho que alguns fatores que apresentaram associação com a adesão ao tratamento não-farmacológico. Foram: motivação com o tratamento, fazer parte de algum grupo de diabéticos, conhecimento sobre as complicações do diabetes e morar em local de elevado risco.

5.7 Adesão ao Tratamento

Ponto de grande relevância é a efetiva adesão ao tratamento completo da DM. A efetiva adesão envolve dedicação pessoal, bem como, mudança nos hábitos e costumes de vida, englobando, até mesmo, mudanças culturais das pessoas. A adesão ao tratamento tem como definição clássica a extensão na qual o comportamento da pessoa coincide com a orientação médica no que se refere, por exemplo, ao uso da medicação, ao seguimento de dietas, a mudanças no estilo de vida ou à adoção de comportamentos protetores de saúde (VILLAS BOAS; FREITAS; PACE, 2014).

A adesão ou abandono ao tratamento de DM pode, até mesmo, ser medida em estudos científicos. É relatado em estudos que mais da metade dos afetados, valor superior à 50% das amostras acompanhadas, tem dificuldades em seguir o tratamento e acabam por abandonar o rigorosismo preconizado por médicos e profissionais de saúde.

De acordo com as considerações de Groff (2011), muitos estudos têm concluído que os pacientes que apresentam DM dificilmente seguem o tratamento proposto pelos profissionais de saúde, sendo que as taxas de não adesão costumam variar de 40 a 90%. Identificar se o diabético segue as recomendações do tratamento é ponto fundamental para garantir se realmente este paciente está compreendendo a gravidade da doença e se ele está tendo acesso às informações.

Os fatores envolvidos na adesão incluem: acessibilidade e disponibilidade do medicamento nos serviços de saúde, dados sociodemográficos do usuário, aceitabilidade do medicamento, sensação de perda de controle sobre seu corpo, atitudes familiares e de amigos, isolamento social, relação entre usuário e profissional de saúde, esquema terapêutico, cronicidade, ausência de sintomas, tempo de diagnóstico, conhecimento e compreensão da doença e do tratamento (TURCATTO, 2014).

Familiares são pessoas em contato constante com o paciente. Eles podem ajudar ao usuário em fazer o tratamento, sendo apoiadores das ações e auxiliar também na questão nutricional. De acordo com Santo (2012), os familiares podem contribuir para que a adesão e a implantação das terapias sejam aceitas pelos pacientes. Uma vez que os familiares podem auxiliá-los a administrar os medicamentos, incentivar a prática de atividade física e o controle alimentar, reduzindo os fatores de risco para a não adesão ao tratamento.

Jannuzzi (2014) relata que de modo geral, a adesão medicamentosa é compreendida na medida em que os pacientes seguem as instruções para os tratamentos prescritos. Considera-se que a decisão de tomar ou não os medicamentos é um método empírico-racional que os pacientes utilizam para expressar as suas tentativas de lidar com a doença. É importante reconhecer e não subestimar a capacidade de tomada de decisão dos pacientes, identificando suas crenças e os auxiliando na adoção de comportamentos apropriados.

Referente ao tratamento medicamentoso, a porcentagem de pessoas em falência para usar a medicação conforme a prescrição médica varia de 7% a 64%. Pessoas que sofrem de doenças crônicas com pouco ou nenhum sintoma são mais propensas a não adesão, assim como a ausência de queixas físicas pode representar falta de motivação para o uso das medicações, o que não acontece com as doenças agudas e sintomáticas. Entre as pessoas com DM, especialmente com o tipo 2 da doença, a adesão ao tratamento medicamentoso tende a ser baixa devido ao seu caráter assintomático, levando à crença de que a medicação não é necessária (VILLAS BOAS; FREITAS; PACE, 2014).

A literatura tem evidenciado correlações negativas entre a complexidade do regime medicamentoso e a adesão ao tratamento. Na medida em que o número de medicamentos e/ou de doses aumenta, a adesão diminui. A frequência das doses parece ser um fator mais importante para a não adesão do que a quantidade de diferentes fármacos a serem tomados diariamente (VILLAS BOAS; FREITAS; PACE, 2014).

Segundo Santo (2012), no que se refere à adesão do paciente diabético ao tratamento farmacológico e não farmacológico, podemos inferir que há diversos fatores que influenciam no tratamento. Estes devem ser considerados pelos profissionais, preservando a individualidade do usuário e fazendo deste co-responsável no controle do DM. Cabe ao profissional estabelecer um elo com o

paciente, verificando sua forma de compreensão quanto à terapêutica e buscando identificar as possíveis falhas. Além disso, uma investigação eficiente durante as consultas pode ser o ponto chave para que o profissional vá além do que é visível e perceba os fatores psicológicos, sociais, culturais, familiares e inúmeros outros que possam interferir na adesão ao tratamento e às mudanças no estilo de vida.

Quanto ao papel do profissional de saúde, para Assunção (2008) tem-se como importante no processo de adesão ao tratamento, já que atua como agente facilitador e mobilizador através da conscientização, mudança de comportamento e desenvolvimento da capacidade e habilidade do indivíduo para o autocuidado, adequando seus conhecimentos e experiências à prática clínica e à realidade do paciente. Para isso, os profissionais de saúde necessitam de ter um conhecimento avançado sobre o controle, a prevenção e as complicações da doença, sendo responsáveis por propiciar condições favoráveis ao processo de aquisição de conhecimentos e possíveis mudanças comportamentais por parte do indivíduo diabético. Além disso, o entendimento pelo indivíduo da prática educativa e as interfaces estabelecidas entre esta e o profissional de saúde, favorecem o desenvolvimento de atitudes pessoais que se associam à mudança no estilo de vida.

No controle do DM, a falta de adesão ao tratamento é um desafio freqüentemente enfrentado na prática clínica pelos profissionais das instituições de saúde. Assim, impõe-se buscar estratégias de intervenções que visem minimizar essa situação na atenção em diabetes (TURCATTO, 2014).

Outros fatores que parecem se associar com a baixa adesão ao tratamento medicamentoso do DM são: maior tempo de doença, o uso de insulina como tratamento medicamentoso e o mau controle glicêmico. (VILLAS BOAS; FREITAS; PACE, 2014)

Vale mensurar que há autores que identificaram problemas ao se nomear parte do tratamento não farmacológico com o termo dieta. Para alguns autores, ao se dizer dieta, surge para o paciente a imagem de que deverá haver restrição alimentar excessiva e que sejam excluídos alimentos. Assim, sugerem estes autores que deve ser trocado o termo ou evitado.

Para Pontieri (2007) na categoria adesão à terapia nutricional, foi identificada a crença primitiva de consenso zero de que a dieta é difícil de ser seguida, podendo constituir-se como barreira à adesão do paciente ao tratamento. Frente à complexidade da síndrome, que envolve alterações e complicações orgânicas,

impacto pessoal, familiar e ambiental, os gestores e profissionais de saúde precisam desenvolver ações de atendimento, contando com a participação de equipes multiprofissionais que estejam voltadas para compreender a subjetividade da população, de modo a produzir estratégias para potencializar as transformações das crenças em saúde. O termo “dieta”, usado comumente tanto pelos entrevistados como pelos profissionais de saúde de modo geral, traz uma conotação de restrição. Esta palavra poderia ser substituída por plano alimentar, alimentação saudável, ou adequada, por exemplo. Outra tônica que poderia ser adotada na relação dos profissionais com os usuários é de que a alimentação recomendada é aquela que é mais saudável, e que deveria ser adotada por todas as pessoas de modo geral, sob pena de complicações futuras para a saúde de todos.

Da mesma forma, o termo exercício induz no paciente idéia de desgaste, de cansaço corporal, vindo também a causar condições indesejáveis.

Em relação ao tempo de doença, a adesão é menor entre as pessoas com mais de cinco anos de diagnóstico. A baixa adesão ao uso de insulina se deve à necessidade de mudanças na rotina, especialmente quanto aos horários das refeições, à percepção de que a insulinoterapia interfere na realização de atividades sociais e ocupacionais, e ao ganho de peso corporal. Quanto ao controle glicêmico, estudos mostram que houve maior prevalência de não adesão entre as pessoas com valores de hemoglobina glicada acima de 7%, bem como entre aquelas com a glicemia alterada. (VILLAS BOAS; FREITAS; PACE, 2014)

É saliente a questão da atuação do médico e profissionais no controle e tratamento da DM. Estes devem atuar de forma a propiciar melhores condições aos pacientes, buscando facilitar tanto o tratamento farmacológico quanto as mudanças das condições de vida de cada usuário.

A atuação do profissional da rede pública é de suma importância, uma vez que é o primeiro a ter contato com a doença perante a população carente. Segundo Assunção (2008), na rede pública de saúde, a porta de entrada para o portador de DM é a UBS, que está estruturada de acordo com o Programa Saúde da Família (PSF). O PSF é uma estratégia que tem como principal propósito reorganizar a prática da atenção básica à saúde e substituir o modelo tradicional de assistência, priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na UBS ou no domicílio pelos profissionais da saúde que compõem as Equipes de Saúde da Família. Esses

profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação dos problemas de saúde da comunidade e seu atendimento.

Condição que interfere na adesão ao tratamento é a falta de dor ou sintoma perceptível ao paciente. Como a evolução inicial de DM não causa sintomatologia palpável desde o início, o usuário não se interessa pelo tratamento devido ao simples fato que não consegue identificar problema em sua saúde, tais como dores locais, hemorragias ou lesões aparentes.

Pontieri (2007) entende que o paciente também deve se sentir livre para expressar suas dificuldades, suas insatisfações e para relatar com sinceridade os passos dados e os fatos ocorridos, sejam eles positivos ou negativos, de forma que o profissional tenha sempre uma visão transparente e verdadeira do que acontece com ele. O modo de viver e pensar de cada indivíduo tem influência significativa na adesão do mesmo a qualquer tipo de tratamento. O seu ponto de vista e a maneira de se envolver socialmente ampliam as discussões para além da abordagem clínica. Essa mudança prevê uma alteração na essência do sistema de saúde, quando se devem valorizar os trabalhadores não apenas pelo volume de consultas e atendimentos realizados, mas pela qualidade do serviço prestado ao paciente. Conhecer a percepção do paciente reforça a perspectiva da necessidade de um atendimento mais humanizado, em que os sujeitos (usuários), quando mobilizados, são capazes de transformar realidades, e os profissionais devem desenvolver uma atitude de valorização das dimensões subjetivas e sociais, do trabalho multiprofissional, comprometendo-se em ajudar a desenvolver as capacidades de enfrentamento da população atendida na obtenção de melhores condições de saúde.

De acordo com Groff (2011), a falta de adesão ao tratamento do DM tipo II deve ser considerada mediante o diagnóstico e a instituição terapêutica, pois é de fundamental importância para a prevenção das complicações desta síndrome. Como se trata de uma patologia que frequentemente não apresenta um desconforto imediato, alguns pacientes podem não aderir adequadamente à terapia proposta. Outro motivo que dificulta esta adesão é o fato de incluir mudanças nos seus hábitos de vida. Além disto, o tratamento visa apenas à profilaxia das complicações, e não à cura definitiva, desmotivando os pacientes.

De igual posição, existem autores que relatam pela forma de trabalho mais propícia ao tratamento e pela atuação de maneira a conseguir vencer as metas pretendidas, de maneira positiva e concreta.

Miranzi (2008) ressalta que, nos últimos anos, a Estratégia Saúde da Família, enquanto política pública nacional, tem se destacado como estratégia de reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da Qualidade de Vida (QV), por meio dos seus principais objetivos que são: a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde. Em muitos estados, o trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESFs) permite o conhecimento da realidade social que acoberta as condições: sócio-econômica, alimentar, sanitária, bem como a estrutura familiar dos indivíduos com hipertensão e diabetes, facilitando a atuação da equipe, nos determinantes do processo saúde-doença. Além disto, o Programa detecta as dificuldades que impedem maior adesão ao tratamento e busca a formação de parcerias para disseminar a importância do cuidado aos pacientes e seus familiares. Estas atividades proporcionam o vínculo entre os pacientes e a ESF.

Para Santo (2012), pode-se perceber que a atuação do profissional no tratamento é altamente complexa e permeada por vários fatores, o que se torna um desafio contínuo no seu cotidiano. Para desenvolver um trabalho de qualidade e que renda resultados positivos, a equipe multiprofissional precisa conhecer seu público alvo, saber quais as maiores dificuldades por ele enfrentadas, quais os pontos críticos em que deve atuar, estar atualizado para compartilhar informações e, sobretudo, estabelecer uma relação de confiança entre a equipe e os usuários.

É citado por Miranzi (2008), em seu trabalho, que há que se destacar, que o trabalho que vem sendo desenvolvido pelas equipes do Programa de Saúde da Família, visando ao re-direcionamento do estilo de vida, devendo (ou) envolvendo o combate ao sedentarismo, ao tabagismo e à obesidade. Portanto, conhecer a QV dos indivíduos com hipertensão e diabetes significa um momento ímpar de compreensão, e remete novamente à importância do planejamento e da implementação de ações de responsabilidade das esferas governamentais, com embasamento em informações científicas, a serem desenvolvidas por meio de políticas públicas, que envolvam tanto a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, quanto à valorização dos trabalhadores das ESF.

Assunção (2008) entende que o apoio social é um processo recíproco, ou seja, gera efeitos positivos tanto para o sujeito que recebe como também para quem oferece o apoio. Esse apoio social pode contribuir para uma melhor adesão ao tratamento, uma vez que oferece aos integrantes do grupo ajuda emocional, realização de atividades conjuntas, interação social, ajuda profissional, dos serviços de saúde e acesso a novos contatos, levando à interação com pessoas que até então não faziam parte da rede social do indivíduo. Os grupos ajudam não só no tratamento propriamente dito, mas também na parte psicológica, em que o paciente pode colocar seus problemas em debate, recebendo respostas e condutas corretas a serem utilizadas, além de ouvir outros indivíduos com problemas semelhantes ou mesmo opostos e tirar várias conclusões e experiências de vida, o que torna o tratamento mais dinâmico e completo.

É baseado em tais questões que se tornou crescente o interesse em nossa equipe de saúde, Maria das Dores do Município de Belo Vale/MG, para que seja elaborado este trabalho com o intuito de melhorar e aperfeiçoar a atenção integral ao paciente diabético, juntamente com sua família, durante sua proposta de tratamento.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Nossa equipe trabalha na UBS Maria das Dores, faz o atendimento primário à comunidade, estando localizado no centro do município do Belo Vale, sendo de fácil acesso aos moradores. Este posto atua atendendo aos casos clínicos que se apresentam e fazendo um trabalho pessoal de visita a diversas casas do município, de acordo com a demanda estabelecida, prestando serviços para 1139 famílias.

Por meio do diagnóstico situacional, percebe-se que existiam pontos que deviam ser melhorados em relação à abordagem dos problemas de saúde mais relevantes na comunidade, que possibilitaram a elaboração do plano de intervenção. Este plano teve como pressupostos orientadores os 10 passos do PES (CAMPOS; FARIAS; SANTOS; 2010).

Desenvolvimento

6.1 Definição dos problemas

Este trabalho parte da identificação do que seriam efetivamente os problemas mais relevantes do município de Belo Vale/MG. É de se ressaltar que a solução de um problema pode gerar grandes benefícios à população, tendo grande retorno à comunidade.

Para identificação dos problemas, é útil buscar conversas e opiniões com a população em geral, tentando identificar suas necessidades, fazendo-se uma análise sintética da situação.

A partir daí, devem-se buscar formas de intervir na situação como métodos de enfrentamento de problemas de maneira específica.

No município, através do trabalho diário e contato com o público, é possível identificar algumas doenças frequentes, tais como, doenças Cardiovasculares, HA, DM, doenças de saúde mental: transtornos ansiosos, depressivos, transtornos bipolares, além de tabagismo, dislipidemias, sedentarismo e sobrepeso.

A equipe de saúde atende a população através de visitas domiciliares, consultas médicas, demanda espontânea, procedimentos e assistência de enfermagem e grupos educativos, como palestras em escolas. Exames laboratoriais também são realizados e analisados em momento posterior.

Para elaborar a ordem dos problemas foi utilizada como método a matriz de priorização, muito utilizada para fazer análise da situação de saúde. Com base nisto, foi alcançado o seguinte resultado sobre a prioridade dos problemas.

- 1- Alta incidência de DM. (Pacientes descompensados)
- 2- Alta incidência HA.
- 3- Aumento da incidência das Doenças Cardiovasculares.
- 4- Automedicação e uso indiscriminado de psicofármacos.
- 5- Tabagismo
- 6- Alcoolismo.
- 7- Doenças mentais e psíquicas.
- 8- Dislipidemias
- 9- Obesidade.
- 10- Câncer de mamas.
- 11- Sedentarismo.

6.2 Priorização dos problemas

Após ter sido feita análise sintética da situação perante os moradores de Belo Vale, tanto na região central quanto na área rural, percebe-se que existe prevalência significativa para a DM. Tal doença surge tanto por questões genéticas, como alimentares e comportamentais.

Tabela 01. Priorização dos problemas de saúde, UBS Maria das Dores, Belo Vale/MG/2015.

Ordem de Prioridade				
Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta incidência de DM.	Altíssima	08	Parcial	01
Alta incidência de HÁ.	Altíssima	07	Parcial	02
Doenças Cardiovasculares	Altíssima	07	Parcial	02
Alcoolismo	Média	04	Parcial	04
Doenças	Média	04	Parcial	

mentais/psíquicas				04
Automedicação e uso indiscriminado de medicamentos (psicofármacos)	Alta	06	Parcial	03
Tabagismo	Alta	05	Parcial	04
Câncer de mamas	Alta	04	Parcial	07
Dislipidemias	Alta	04	Parcial	05
Obesidade	Elevada	04	Parcial	06
Sedentarismo	Média	04	Parcial	08

Fonte: Elaboração da equipe (2015).

6.3 Descrição do problema selecionado

De acordo com o Ministério da Saúde O termo DM refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (BRASIL, 2013).

O DM tipo 2 abrange cerca de 90% dos casos de diabetes na população, sendo seguido em frequência pelo DM tipo 1, que responde por aproximadamente 8%. Além desses tipos, o diabetes gestacional também merece destaque, devido a seu impacto na saúde da gestante e do feto (BRASIL, 2013).

A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Nos países europeus e Estados Unidos (EUA) este aumento se dará, em especial, nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida enquanto que nos países em desenvolvimento este aumento ocorrerá em todas as faixas etárias, sendo que no grupo de 45 a 64 anos, a prevalência será triplicada e, duplicada nas faixas etárias de 20 a 44 anos e acima de 65 anos (BRASIL, 2013).

É estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente (BRASIL, 2013).

O DM e a HA são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da

metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas a diálise (BRASIL, 2013).

Os resultados no controle do DM advêm da soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento desses pacientes, para os quais o resultado esperado além do controle da glicemia é o desenvolvimento do autocuidado, o que contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade. Os objetivos mais importantes das ações de saúde em DM são controlar a glicemia e, com isso, em longo prazo, reduzir morbimortalidade causada por essa patologia. Portanto, fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde (BRASIL, 2013).

Embora a doença possa ser tardiamente descoberta, as maiorias dos pacientes e seus familiares conhecem sua própria doença, as complicações, o tratamento adequado, e sua importância, porém não se implicam ativamente no seu processo saúde/doença acarretando em sérias complicações de morbimortalidade.

Em nossa UBS existem 157 pacientes com DM, aproximadamente 21% da população, todos são acompanhados pela equipe. Tem tratamento em muitos casos com dois medicamentos ou mais, dos quais 30 usam insulina e o 75% são sobrepesos. Além de apresentar com frequência outras doenças associadas como HA, Cardiopatias, Doenças Coronárias, Dislipidemias, Sedentarismo, entre outros.

Do total 47 estão descompensados. Teve três internações e dos óbitos por complicações do DM. Apesar do trabalho contínuo como visitas domiciliares, consultas médicas trimestrais e grupos operativos desenvolvidos pela equipe de saúde na tentativa de diminuir os níveis de glicemia e seus agravos, ainda a demanda e a busca por consultas nos serviços de média e alta complexidade são grandes principalmente nos serviços de urgência e emergência.

Por isso, e por ser uma das doenças crônicas mais frequentes na comunidade, o trabalho é encaminhado a mudanças dos estilos de vida inadequados e promover ações de saúde que favoreçam o controle dos pacientes, para melhor a qualidade de vida dos mesmos.

6.4 Explicação do problema

O DM em nossa área de abrangência tem muitos fatores de risco facilitadores para a aparição da doença. Ela se associa e interage com fatores de risco como causas alimentares, tabagismo, obesidade, dislipidemias e sedentarismo. Outros fatores ainda podem influenciar como idade, ingestão de café, álcool, doenças cardiovasculares, e stress.

Outros fatores apresentados em nossa comunidade são: o uso incorreto dos medicamentos falta de aderência ao tratamento, processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema e estrutura deficiente dos serviços de saúde. O que nos orienta para onde dirigir com maior ênfase as ações de prevenção e promoção de saúde com o objetivo de erradicar ou diminuir os fatores de risco para evitar as possíveis complicações.

O tratamento do DM consiste na adoção de hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo, acrescido ou não do tratamento farmacológico. Estes hábitos de vida saudáveis são à base do tratamento do diabetes, e possuem uma importância fundamental no controle glicêmico, além de atuarem no controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares.

6.5 Nós críticos e suas justificativas

Nós críticos definidos para o problema enfrentado: Alta incidência de DM (pacientes descompensados).

- **HABITOS ALIMENTARES E ESTILO DE VIDA INADEQUADOS (AUTOCUIDADO):** Devem-se promover hábitos saudáveis de vida, buscar manter a alimentação adequada e atividade física regular, evitar o fumo e excesso álcool, além de controlar o peso. É interessante promover a adesão às recomendações, trabalhar a autoestima dos pacientes e evitar problemas emocionais, sintomas depressivos, sentimento de fracasso.
- **POUCOS CONHECIMENTOS DA DOENÇA:** É importante instruir as pessoas sobre a doença. Divulgar as formas de tratamento para obter o desfecho provável. Explicar ao paciente os sintomas, fatores de riscos e complicações, fazer a promoção ao autocuidado, aderindo-se ao tratamento.
- **FALTA DE CRENÇA DA DOENÇA:** Existem algumas pessoas com descrença na doença, que não acreditam que estão com a Diabetes Mellitus, a qual é

uma doença crônica. Não há cura e é importante conscientizar que precisa de cuidados, para evitar as complicações e melhor a qualidade de vida.

- **PROCESSO DE TRABALHO INADEQUADO DA EQUIPE PARA ENFRENTAR O PROBLEMA:** a equipe de saúde deve organizar melhor seu trabalho, em inter-relação com a comunidade (participação comunitária) para conseguir os resultados esperados, e melhor assim a qualidade de vida da população.

O acompanhamento dos pacientes é essencial. Fazer a divulgação das mudanças que deve promover em sua vida cotidiana, advertir sobre as complicações e informar das mudanças metabólicas em seu corpo como forma de aumentar o trabalho em saúde e promover o autocuidado.

- **USO INDISCRIMINADO OU MAU USO DOS MEDICAMENTOS:** Há a necessidade de divulgação sobre indicações dos medicamentos, doses, horários, efeitos desejados e colaterais, para que o paciente possa usá-los adequadamente.

6.6 Identificação dos recursos críticos

TABELA 02 – RECURSOS A SEREM UTILIZADOS EM CADA PROJETO PARA O ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA PRIORIZADO NA UBS MARIA DAS DORES/ BELO VALE / MG/2015.

OPERAÇÃO/ PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS
“Mais saúde”	<p>Organizacionais: fazer grupos operativos dos usuários diabéticos</p> <p>Cognitivos: orientação e sensibilização da Equipe; nível de informação do tema.</p> <p>Político: mobilização social Intersetorial com a rede, adesão dos profissionais, disponibilidade de local para fazer os grupos educativos.</p> <p>Econômicos: Para aquisição de recursos audiovisuais, pôster.</p>
“Linha de cuidado”	<p>Cognitivos: Elaboração de projetos de linha de cuidados e protocolos para usuários diabéticos e controle da saúde bucal, capacitação da equipe.</p>

	<p>Políticos: articulação entre os setores da saúde, adesão dos profissionais.</p> <p>Organizacionais: organizar palestras educativas e pôster.</p> <p>Econômicos: Aquisição de recursos para pôster, material de oficina e recursos audiovisuais.</p>
“Saber Mais”	<p>Organizacionais: organização das atividades da equipe. Fazer eventos sociais para promover a inclusão da família e comunidade.</p> <p>Cognitivos: conhecimento sobre DM.</p> <p>Políticos: apoio da Gestão; mobilização de profissionais da ESF, disponibilidade de local para fazer os grupos educativos.</p> <p>Econômicos: aquisição de recursos audiovisuais e materiais.</p>
“Força do saber”	<p>Econômicos: Aquisição de Cartões de Controle do usuário com DM; aquisição de material informativo para distribuição aos usuários.</p> <p>Políticos: Sensibilização e apoio da Gestão. Disponibilidade de local para fazer os grupos educativos.</p> <p>Cognitivos: conhecimento sobre o tema; estratégia de comunicação, apoio dos profissionais da ESF.</p>

Fonte: Elaboração da equipe (2015).

6.6 Análise da viabilidade do plano de ação.

Os dados da Tabela 03 apontam a análise da viabilidade das ações propostas.

TABELA 03 – CONTROLE DE RECURSOS NECESSARIOS PARA INTERVEÇÃO E ENFRENTAMENTO DA PREVALENCIA DA DM DOS PACIENTES DA UBS MARIA DAS DORES/ BELO VALE/MG/2015.

OPERAÇÕES/ PROJETOS	RECURSOS CRÍTICOS	CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS		AÇÕES ESTRATÉGICAS
		ATOR QUE CONTROLA	MOTIVAÇÃO	
“Mais saúde”	<p>Organizacionais: fazer grupos operativos dos usuários diabéticos</p> <p>Cognitivos: orientação e sensibilização da</p>	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Apresentar o Projeto, fazer documentos necessários à divulgação da

	<p>Equipe; nível de informação do tema.</p> <p>Político: mobilização social Intersetorial com a rede, adesão dos profissionais, disponibilidade de local para fazer os grupos educativos.</p> <p>Econômicos: Para aquisição de recursos audiovisuais, pôster.</p>	<p>dor da UBS.</p> <p>Comunicação social</p> <p>Prefeitura Municipal</p>		ação.
“Linha de cuidado”	<p>Cognitivos: Elaboração de projetos de linha de cuidados e protocolos para usuários diabéticos e controle da saúde bucal, capacitação da equipe.</p> <p>Políticos: articulação entre os setores da saúde, adesão dos profissionais.</p> <p>Organizacionais: organizar palestras educativas e pôster.</p> <p>Econômicos: Aquisição de recursos para pôster, material de oficina e recursos audiovisuais.</p>	<p>Secretaria de Saúde.</p> <p>Coordenador da UBS</p> <p>Comunicação social</p>	Favorável	Motivação com apresentação do projeto
“Saber Mais”	<p>Organizacionais: organização das atividades da equipe. Fazer eventos sociais para promover a inclusão da família e comunidade.</p> <p>Cognitivos: conhecimento sobre DM.</p> <p>Políticos: apoio da Gestão; mobilização de profissionais da ESF,</p>	<p>Secretaria de Saúde.</p> <p>Coordenador da UBS</p> <p>Secretaria de Educação</p> <p>Comunicação social</p>	Favorável	Motivação com apresentação do projeto

	<p>disponibilidade de local para fazer os grupos educativos.</p> <p>Econômicos: aquisição de recursos audiovisuais e materiais.</p>			
“Força do saber”	<p>Econômicos: Aquisição de Cartões de Controle do usuário com DM; aquisição de material informativo para distribuição aos usuários.</p> <p>Políticos: Sensibilização e apoio da Gestão. Disponibilidade de local para fazer os grupos educativos.</p> <p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema; estratégia de comunicação, apoio dos profissionais da ESF.</p>	<p>Secretaria de Saúde.</p> <p>Coordenador da UBS</p> <p>Comunicação social</p> <p>Prefeitura Municipal</p>	Favorável	Motivação com apresentação do projeto

Fonte: Elaboração da equipe (2015).

6.8 Elaboração do Plano Operativo.

A principal finalidade do plano operativo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. O gerente de uma operação / projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que deva executá-las. O seu papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano. (CAMPOS; FARIA; SANTOS; 2010).

A Tabela 04 permite uma visualização do problema e o desenho das operações traçadas para o enfrentamento de nós críticos.

TABELA 04. DESENHO DAS OPERAÇÕES PARA OS NÓS CRÍTICOS DO PROBLEMA: PREVALENCIA DA DM NA UBS MARIA DAS DORES/ BELO VALE/ MG/ 2015.

NÓS CRÍTICOS	OPERAÇÃO/ PROJETO	PRODUTOS	RECUROS NECESSÁRIOS	RESULTADOS
Hábitos alimentares e estilo de vida inadequados (auto cuidado).	“Mais saúde” Implantar a alimentação saudável e atividade física como papel fundamental no controle da doença.	-Movimento: Esporte é saúde. Academia ao ar Livre. -Grupo de caminhada com atividades físicas orientadas. - Programa Alimentação saudável. -Programa de apoio contra luta de tabaco e álcool.	Organizacionais: fazer grupos operativos dos usuários diabéticos Cognitivos: Orientação e sensibilização da Equipe; nível de informação do tema. Político: mobilização social Inter setorial com a rede, adesão dos profissionais, disponibilidade de local para fazer os grupos educativos. Econômicos: Para aquisição de recursos audiovisuais, pôster.	-Melhora na alimentação e estilo de vida, diminuindo o tabagismo, obesidade e sedentarismo.
Processo de trabalho inadequado da equipe para enfrentar o problema.	“Linha de cuidado” Implantar linha de cuidado para usuários com DM e o controle da saúde bucal.	-Linha de cuidados implantada. -Manter atualizado o cadastro dos usuários diabéticos da área de abrangência, por grau de risco. -Equipe de saúde capacitada.	Cognitivos: Elaboração de projetos de linha de cuidados e protocolos para usuários diabéticos e controle da saúde bucal, capacitação da equipe. Políticos: articulação entre os setores da saúde, adesão dos profissionais. Organizacionais: organizar palestras educativas e pôster. Econômicos: Aquisição de recursos para pôster, material de oficina e recursos audiovisuais.	Modificar o processo de trabalho da equipe da saúde.
Falta de conhecimentos e de crença da	“Saber Mais” -Aumentar o nível de conhecimento dos usuários	-Avaliação sobre o nível de conhecimento dos usuários.	Organizacionais: organização das atividades da equipe. Fazer eventos sociais para promover a inclusão da família e comunidade.	População mais responsável e informada sobre os

doença.	sobre a DM.	-Capacitação dos agentes de saúde. -Grupos educativos.	Cognitivos: conhecimento sobre Diabetes Mellitus. Políticos: apoio da Gestão; mobilização de profissionais da ESF, disponibilidade de local para fazer os grupos educativos. Econômicos: aquisição de recursos audiovisuais e materiais.	riscos da DM descontrolada.
Mal uso de remédios	“Força do saber” Aumentar o nível de informação dos diabéticos em relação com a importância do uso correto das medicações.	Avaliação do nível de informação dos pacientes diabéticos sobre o tratamento da doença. -Grupos educativos. -Programa de orientação de como tomar as medicações.	Econômicos: Aquisição de Cartões de Controle do usuário com DM; aquisição de material informativo para distribuição aos usuários. Políticos: Sensibilização e apoio da Gestão. Disponibilidade de local para fazer os grupos educativos. Cognitivos: conhecimento sobre o tema; estratégia de comunicação, apoio dos profissionais da ESF.	Pacientes diabéticos mais informados sobre o uso adequado da medicação

Fonte: Elaboração da equipe (2015).

6.9 Gestão do plano.

É necessário um plano de gestão para coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

TABELA 05 GESTÃO DO PLANO PARA O ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA: PREVALENCIA DA DIABETES MELLITUS NA UBS MARIA DAS DORES/BELO VALE/ MG/ 2015.

OPERAÇÃO/ PROJETO	PRODUTOS	RESPON- SÁVEL	PRAZO	SITUA- ÇÃO ATUAL
<p>“Mais saúde” Implantar a alimentação saudável e atividade física como papel fundamental no controle da doença.</p>	<p>-Movimento: Esporte é saúde. Academia ao ar Livre. -Grupo de caminhada com atividades físicas orientadas. -Programa Alimentação saudável. -Programa de apoio contra luta de tabaco e álcool.</p>	<p>ACS, médico, enfermeira.</p>	<p>3meses</p>	
<p>“Linha de cuidado” Implantar linha de cuidado para usuários com DM e o controle da saúde bucal.</p>	<p>-Linha de cuidados implantada. -Manter atualizado o cadastro dos usuários diabéticos da área de abrangência, por grau de risco. -Equipe de saúde capacitada.</p>	<p>ACS, médico, enfermeira.</p>	<p>3meses</p>	
<p>“Saber Mais” -Aumentar o nível de conhecimento dos usuários sobre a DM.</p>	<p>-Avaliação sobre o nível de conhecimento dos usuários. -Capacitação dos agentes de saúde. -Grupos educativos.</p>	<p>ACS, médico, enfermeira.</p>	<p>3meses</p>	
<p>“Força do saber” Aumentar o nível de informação dos diabéticos em relação</p>	<p>-Avaliação do nível de informação dos pacientes diabéticos sobre o tratamento</p>	<p>ACS, médico, enfermeira.</p>	<p>3meses</p>	

com a importância do uso correto das medicações.	da doença. -Grupos educativos. -Programa de orientação de como tomar as medicações.			
--	---	--	--	--

Fonte: Elaboração da equipe (2015).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O DM é uma doença crônica que exige mudanças de hábitos e desenvolvimento de comportamentos especiais de autocuidado que deverão ser mantidos por toda a vida. A educação em diabetes evoluiu muito nos últimos anos e as técnicas atuais para o estímulo e treinamento do autocuidado utilizam um modelo mais focado no paciente, buscando promover mudanças de comportamento mais positivas.

O estabelecimento de um plano alimentar para controle de pacientes com DM associado a mudanças no estilo de vida, incluindo a atividade física, são considerados terapias de primeira escolha.

O diabetes possui tratamento medicamentoso e não farmacológico. As complicações dela decorrentes são, muitas vezes, graduais e irreversíveis, sendo percebidas somente após já em grande parte instaladas. Esta condição exige que o profissional de saúde seja enérgico na implantação do tratamento. Em contrapartida, o tratamento e acompanhamento quando bem controlados, podem trazer benefícios ao paciente de forma a inibir o surgimento de complicações da DM, ocasionando melhor qualidade de vida ao paciente.

Por ser uma patologia muitas vezes assintomática, a falta de sofrimento do paciente não estimula a adesão ao tratamento, sendo uma peculiaridade de importância na efetividade do acompanhamento.

Com a divulgação deste trabalho, é esperado que se tenha maiores condições de acompanhamento e tratamento dos pacientes da comunidade abrangida pela UBS Maria das Dores em Belo Vale/MG, permitindo melhor convívio familiar, aceitação consciente da enfermidade e dando qualidade de vida aos afetados.

REFERÊNCIAS

ADA, Associação Americana de Diabetes. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**,35 Suppl 1, p.64-71, 2012.

ASSUNÇÃO, Thaís Silva. **Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa**, Belo Horizonte. (2008). Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900024 >. Acesso em: 22 abril. 2016.

BARRINUEVO, Giselle. **Diabetes Mellitus**. (2013). Disponível em: < <http://saude.hi7.co/diabetes-mellitus-561f2c7c03c95.html> >. Acesso em: 23 abril 2016.

BELO VALE. Portal da Prefeitura Municipal de Belo Vale/MG. Disponível em < <http://www.belovale.mg.gov.br/> >. Acesso em: 10 junho. 2015.

BELO VALE. Secretaria Municipal de Saúde. Plano de Saúde do Município de Belo Vale. Belo Vale: Secretaria Municipal da Saúde, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Desenvolvimento de Práticas de Atenção Básica. **Diabetes mellitus – DM protocolo**. Cadernos de Atenção Básica, Caderno 16. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da Saúde. Brasília [online], 2014. Disponível em: < <http://decs.bvs.br> >. Acesso em: 12 junho. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Estimativa populacional para 2014. Brasília: IBGE, 2010. Cidades Brasília,[online], 2014. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php> >. Acesso em: 12 junho. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Portal CIDADES@. Minas Gerais » Belo Vale » mapa de pobreza e desigualdade - municípios brasileiros - 2003. Disponível em: < <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=310640&idtema=19&search=minas-gerais|belo-vale|mapa-de-pobreza-e-desigualdade-municipios-brasileiros-2003> >. Acesso em: 27 maio. 2016.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA). Índice de Desenvolvimento Humano Municipal no Brasil. Brasília: IPEA, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) – 2010/2011. Brasília: MEC, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.: il.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAMPOS, F. C. C. de ;FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica de Saúde da Família**. 2.ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: < https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3 >. Acesso em: 12 junho. 2015.

VILLAS BOAS, Lilian Cristiane Gomes; FREITAS, Maria Cristina Foss; PACE, Ana Emilia. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol.67. No2. Brasília. Mar/ Apr. (2014). Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200268 >. Acesso em: 22 abril. 2016.

GROFF, Daniela de Paoli. Adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos tipo II usuários da estratégia saúde da família situada no bairro Metropol de Criciúma, SC. 2011. Disponível em: < <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/878.pdf> >. Acesso em: 22 abril. 2016.

JANNUZZI, Fernanda Freire; RODRIGUES, Roberta Cunha Matheus; CORNÉLIO, Marília Estevam; SÃO-JOÃO, Thaís Moreira SÃO-JOÃO; GALLANI, Maria Cecília Bueno Jayme. Crenças Relacionadas a adesão ao tratamento com antidiabéticos orais segundo a Teoria do Comportamento Planejado. (2014). **Revista latino – Americana de Enfermagem**. v. 22. n. 4. Ribeirão Preto. jul/ aug. 2014. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/86646> >. Acesso em: 22 abril. 2016.

LIMA, Fernanda. Diabetes Mellitus. (2016). Disponível em: < <http://www.infoescola.com/doencas/diabetes-mellitus/> >. Acesso em: 22 abril. 2016.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. (2008). Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400007 >. Acesso em: 22 abril. 2016.

PONTIERI, Flavia Melo. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. (2007). Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15n1/a21v15n1.pdf> >. Acesso em: 22 abril. 2016.

RIPARDO, Fábio. Diabetes: rastreamento, diagnóstico, tratamento e prevenção. (2012). Disponível em: < <http://fabioripardo.blogspot.com.br/2012/11/diabetes-rastreamento-diagnostico.html#.VxtdHtQrLrd> >. Acesso em: 23 abril. 2016.

SANTO, Michelle Brandão do Espírito. Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. (2012). Disponível em: < <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3275> >. Acesso em: 22 abril. 2016.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2013.

Turcatto, H; Santos, M. A; Cordeiro, C; Luchetti, F. F. dos. Adesão ao tratamento em Diabetes Mellitus em unidades da estratégia da saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 48. n.2, abr. 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-257.pdf >. Acesso em: 22 abril. 2016.