

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

**ANAY ZAMORA PITA**

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS:  
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PELA EQUIPE DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA VIRGEM DOS POBRES, SANTA LUZIA, MG**

**SANTA LUZIA – MINAS GERAIS**

**2016**

**ANAY ZAMORA PITA**

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS:  
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PELA EQUIPE DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA VIRGEM DOS POBRES, SANTA LUZIA, MG**

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

Orientadora: Agma Leozina Viana Souza

**SANTA LUZIA – MINAS GERAIS**

**2016**

**ANAY ZAMORA PITA**

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS:  
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PELA EQUIPE DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA VIRGEM DOS POBRES, SANTA LUZIA, MG**

Banca Examinadora:

Agma Leozina Viana Souza – Orientadora

Heriberto Fiuza Sanchez – Examinador

Aprovado em Belo Horizonte, 08 de Abril de 2016

## RESUMO

O termo diabetes mellitus (DM) representa um grupo heterogêneo de distúrbios do metabolismo caracterizado por hiperglicemia resultante de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. Considerado uma condição crônica, sua incidência vem aumentando consideravelmente em todo mundo, especialmente nos países em desenvolvimento. As melhores diretrizes em diabetes recomendam o tratamento baseado em medidas medicamentosas e não medicamentosas. Neste caso, as mudanças em estilo de vida são preconizadas. Atuando como médica da Estratégia de Saúde da Família, percebo uma baixa adesão dos pacientes diabéticos para o alcance das metas glicêmicas. Diante do problema, este trabalho propôs um plano de intervenção para aumentar a adesão do paciente diabético aos tratamentos, utilizando o grupo educativo como uma modalidade de atenção. O local escolhido para a intervenção foi a comunidade do bairro São Benedito, em Santa Luzia, MG. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Foram utilizados dados secundários do IBGE, do município e do DATASUS. O referencial teórico buscou publicações no Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF) e nas edições do Ministério da Saúde.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus; Cooperação do paciente.

## **ABSTRACT**

The term diabetes mellitus (DM) represents a heterogeneous group of disorders of metabolism characterized by hyperglycemia resulting from defects and/or secretion of insulin action. Considered a chronic condition, its incidence is increasing considerably worldwide, especially in developing countries. The best in diabetes guidelines recommend treatment based on medicinal and non-medicinal measures. In this case, the changes in lifestyle are envisaged. Acting as a doctor of the family health Strategy, understand a low adhesion of the diabetic patients to the glucose goals. On the problem, this paper proposed an action plan to increase the membership of the diabetic patient to treatment, using the group as a modality of educational attention. The site chosen for the intervention was the community of São Benedito, in Santa Luzia, MG. For the development of the contingency plan was used the method of the Situational Strategic Planning (PES). Were used secondary data of IBGE, the municipality and the DATASUS. The theoretical reference sought publications in Scientific Electronic Library Online (Scielo), Latin American literature and Caribbean Health Sciences (LILACS), database of nursing (BDENF) and in the Ministry of Health.

**Keywords:** Diabetes Mellitus. Cooperation of the Patient.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	8
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	9
3.1 Objetivo geral.....	9
3.2 Objetivos específicos.....	9
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	10
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	11
5.1 Considerações iniciais sobre o diabetes mellitus.....	11
5.2 Classificação do diabetes mellitus.....	12
5.3 Critérios de diagnóstico do diabetes mellitus.....	13
5.4 Tratamento do diabetes mellitus.....	14
5.5 Complicações do diabetes mellitus.....	15
5.6 Adesão ao autocuidado.....	16
5.7 Grupos educativos na atenção à saúde.....	17
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> .....	18
6.1 Breve apresentação do cenário da proposta.....	18
6.2 Proposta de intervenção.....	20
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	23
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	24

## 1 INTRODUÇÃO

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno do metabolismo dos carboidratos, proteínas e gorduras, ocasionado por defeitos da secreção e/ou da ação da insulina, resultando em hiperglicemia (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015). O DM vem aumentando sua importância epidemiológica e na maioria das vezes está associado à dislipidemia, hipertensão arterial e à disfunção endotelial (BRASIL, 2011). É um problema de saúde sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo do DM na unidade básica, evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrais (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

As ações implementadas pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família têm possibilitado novas relações entre os profissionais de saúde, famílias e comunidade, pautadas no estabelecimento de vínculo e na criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde. A falta de adesão ao tratamento é um dos problemas identificados pelos profissionais da Equipe de Saúde Virgem dos Pobres.

Nas consultas realizadas neste serviço, tem-se observado uma alta demanda de pacientes portadores de Diabetes Mellitus. O Diabetes é uma das doenças crônicas mais frequentes na área de abrangência, e muitas vezes os pacientes adultos jovens não aceitam o fato de estar com diabetes, por não apresentar sintomas ou não ter o histórico familiar da doença, e só aceitam realizar tratamento quando aparecem complicações.

Sendo assim, pretendemos com esse projeto implementar ações para melhorar o acompanhamento dos usuários.

## **2 JUSTIFICATIVA**

A alta prevalência de pacientes com diabetes mellitus e baixa adesão ao tratamento, motivaram a equipe de saúde da família Virgem dos Pobres a discutir e trabalhar este problema. Objetivando traçar um plano de intervenção, os profissionais participaram do diagnóstico situacional e da análise dos problemas levantados. A equipe considerou que os recursos humanos e materiais disponíveis a nível local, são suficientes para a execução da intervenção planejada, portanto é uma proposta viável.

Por essas considerações justifica-se a realização deste estudo e a proposta de intervenção elaborada.

### **3 OBJETIVOS**

#### 3.1 Objetivo geral

- Propor um plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus na população de São Benedito, baseado em grupos educativos.

#### 3.2 Objetivos específicos

- Ampliar abordagem multiprofissional das pessoas com Diabetes.
- Aumentar o conhecimento das pessoas diabéticas sobre as mudanças em estilo de vida.

#### 4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos da seção 1 do módulo de Iniciação Científica e seção 2 do módulo de Planejamento. Foi realizada uma revisão da literatura com os descritores diabetes mellitus e cooperação do paciente.

Foram realizados levantamentos a partir do banco de dados do IBGE, da base de dados municipal, do site eletrônico do DATASUS, LILACS, BDENF e edições do Ministério da Saúde. O período de busca foi de entre 2005 e 2015, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores. Por fim, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do plano de ação, tendo como referencia os dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS *et al*, 2010), descritos a seguir:

- a) Primeiro passo: definição dos problemas;
- b) Segundo passo: priorização dos problemas;
- c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado;
- d) Quarto passo: explicação do problema;
- e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos”;
- f) Sexto passo: desenho das operações;
- g) Sétimo passo: identificação dos nós críticos;
- h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano;
- i) Nono passo: elaboração do plano;
- j) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Considerações iniciais sobre o diabetes mellitus

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o principal problema de saúde pública em todo o mundo. Duas em cada três mortes por ano, em todo o mundo são atribuídas às DCNT (GOULART, 2011).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais frequente das DCNT, entretanto a prevalência do diabetes mellitus (DM) vem crescendo mundialmente, configurando-se como uma epidemia (SCHMIDT et al, 2009).

O DM “não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação ou na secreção da insulina ou em ambos” (SBD, 2015, p.13).

O DM cursa com uma alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. De acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) um indicador macroeconômico a ser considerado é que o DM cresce de forma mais rápida em países pobres e em desenvolvimento e isso gera um impacto negativo devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, além de onerar a previdência social.

Para a Federação Internacional de Diabetes a estimativa é que em 2035 o número de pessoas com DM chegue a 592 milhões em todo mundo e para a América Central e do Sul a estimativa é de 40 milhões em 2030 (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015). 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 (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015).

No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011, mostrou que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Ao analisar esse dado, de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa

população (Vigitel). Além disso, a pesquisa deixou claro que as ocorrências são mais comuns em pessoas com baixa escolaridade. Os números indicam que 7,5% das pessoas que têm até oito anos de estudo possuem diabetes, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo, uma diferença de mais de 50% (Vigitel). O levantamento apontou, também, que o DM aumenta de acordo com a idade da população: 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença, um índice bem maior do que entre as pessoas na faixa etária entre 18 e 24 anos, em que apenas 0,6% são pessoas com diabetes. Com relação aos resultados regionais da pesquisa, a capital com o maior número de pessoas com diabetes foi Fortaleza, com 7,3% de ocorrências. Vitória teve o segundo maior índice (7,1%), seguida de Porto Alegre, com 6,3%. Os menores índices foram registrados em Palmas (2,7%), Goiânia (4,1%) e Manaus (4,2%) (BRASIL, 2011).

É estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, 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 (BRASIL, 2011).

## 5.2 Classificação do diabetes mellitus

A classificação do DM proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela *American Diabetes Association* (ADA, 2014) inclui quatro categorias: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos e diabetes gestacional.

O DM tipo 1 é uma condição onde ocorre a destruição das células beta pancreáticas, determinando a deficiência absoluta de insulina no organismo. A destruição celular ocorre usualmente por processo autoimune, marcado pela presença de anticorpos específicos, ou por causa idiopática (desconhecida). Na forma idiopática, admite-se a possibilidade de relação com fatores ambientais tais como o período perinatal (idade materna menor de 25 anos, pré-eclampsia, icterícia neonatal, doença respiratória neonatal); viroses (Coxsackie B, Epstein Barr, Citomegalovírus) e dieta (leite de vaca, cereais antes do quarto mês de vida). O DM tipo 1 pode ocorrer em qualquer idade, todavia, em geral, é diagnosticado antes dos 20 anos e compreende cerca de 8 a 10% de todos os casos de DM 12. Quando se manifesta em adultos, recebe o nome de LADA (Latent Autoimmune Diabetes of Adult), um tipo de diabetes que reserva aspectos característicos do DM 1 e do DM 2 (SBD, 2015).

No DM tipo 2, o pâncreas continua produzindo insulina, o que ocorre é o desenvolvimento de resistência insulínica, reduzindo em graus variados, os seus efeitos no metabolismo celular. O DM 2 representa mais de 90% de todos os casos de diabetes, sendo maior ocorrência na faixa etária acima de 40 anos de idade. De sintomatologia variada e evolução lenta e silenciosa, o DM 2 pode passar despercebido por longos períodos até o diagnóstico (SBD, 2015).

Alguns sinais e sintomas podem levar à suspeita clínica de diabetes, como por exemplo, fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição. Os sinais e sintomas característicos que levantam a suspeita de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso. Embora possam estar presentes no DM tipo 2, esses sinais são mais agudos no tipo 1, podendo progredir para cetose, desidratação e acidose metabólica, especialmente na presença de estresse agudo. Sintomas mais vagos também podem estar presentes, como prurido, visão turva e fadiga. Frequentemente, a suspeita da doença é feita pela presença de uma complicação tardia, como proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica, doença arteriosclerótica ou por infecções de repetição (BRASIL, 2006).

A probabilidade de um paciente apresentar Diabetes mellitus depende de diversos fatores, sendo assim a população alvo para realizar rastreamentos do DM esta preconizada pela Associação Americana de Diabetes a partir dos seguintes critérios:

- ✓ adultos assintomáticos com idade superior a 45 anos;
- ✓ pessoas com excesso de peso ( $IMC > 25 \text{Kg/M}^2$ ) e um dos seguintes fatores de risco: história familiar, mãe ou pai com diabetes; hipertensão arterial ( $> 140/90 \text{mmHg}$ ) ou uso de anti-hipertensivos em adultos; dislipidemias; exame prévio de  $A1c > 5,7$ ; tolerância diminuída a glicose ou glicemia de jejum alterada; síndrome de ovários policísticos; história de doença cardiovascular; sedentarismo, condições clínicas associadas com a resistência insulínica: obesidade severa, acantose nigricans (ADA, 2014, pS17).

Nestes casos, estando os resultados normais, os exames devem ser repetidos em pelo menos três anos.

### 5.3 Critérios de diagnóstico do diabetes mellitus

Existem quatro tipos de exames que podem ser utilizados no diagnóstico do DM: glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g

de glicose anidra em duas horas (TOTG) e, em alguns casos, hemoglobina glicada (HbA1c) (SBD, 2015).

Quando a pessoa requer diagnóstico imediato e o serviço dispõe de laboratório de urgência ou de glicosímetro e tiras reagentes, a glicemia casual é o primeiro exame a ser solicitado, pois fornece um resultado na própria consulta. Nesse caso, o ponto de corte indicativo de diabetes é maior ou igual a 200 mg/dL na presença de sintomas de hiperglicemia (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015). Não havendo urgência, é preferível solicitar uma glicemia de jejum medida no plasma por laboratório. Pessoas com glicemia de jejum alterada, entre 110 mg/dL e 125 mg/dL, por apresentarem alta probabilidade de ter diabetes, podem requerer segunda avaliação por TOTG-75 g, o paciente recebe uma carga de 75 g de glicose anidra (dextrosol), em jejum e a glicemia é medida antes e 120 minutos após a ingestão. Uma glicemia de duas horas pós-sobrecarga maior ou igual a 200 mg/dL é indicativa de diabetes e entre 140 mg/dL e 200 mg/dL, indica tolerância à glicose diminuída (SBD, 2015).

Pessoas que apresentam glicemia de jejum entre 110 mg/dl e 125 mg/dl ou glicemia pós carga de glicose anidra entre 140 mg/dl a 199 mg/dl ou HbA1c entre 5,7% e 6,4% são classificadas como pré-diabetes e devem seguir medidas de prevenção do diabetes mais rígidas, em relação à população geral. Isso inclui: alimentação saudável e exercício físico e reavaliação anual com glicemia de jejum (BELO HORIZONTE, 2011).

A hemoglobina glicada, hemoglobina glicosilada ou glicohemoglobina, também conhecida pelas siglas A1C e HbA1C, indica o percentual de glicose que se encontra ligada à hemoglobina. Este exame reflete os níveis médios de glicemia ocorridos nos últimos dois a três meses, é recomendado que seja utilizado como um exame de acompanhamento e de estratificação do controle metabólico. Tem a vantagem de não necessitar de períodos em jejum para sua realização (BRASIL 2013).

#### 5.4 Tratamento do diabetes mellitus

O tratamento medicamentoso do DM tipo1 consiste na administração diária de três ou mais doses de insulinas. A combinação da insulina de ação lenta com os bolus de insulina de ação rápida, denominado tratamento intensivo, oferece maior eficácia terapêutica e contribui para a redução das complicações tardias (SBD, 2015). Os

pacientes com DM 1, geralmente são acompanhados pela atenção especializada, complementando o seu cuidado na Atenção Básica. É essencial que a equipe da Estratégia de Saúde da Família conheça essa população e mantenha a comunicação constante com os demais níveis de atenção (BRASIL 2013).

O tratamento do paciente com DM tipo 2 consiste no uso de antidiabéticos orais e eventualmente o uso da insulina está prescrito. O manejo clínico da insulinização no DM 2 com aporte de múltiplas doses diárias, devem ser realizadas prioritariamente na UBS, mas pode ser realizadas em um ambulatório de especialidades em casos específicos, quando necessário (BRASIL 2013).

As medidas não medicamentosas: alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, automonitorização glicêmica, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo são essenciais para a consolidação do controle glicêmico, conforme descritos a seguir:

- 1) A monitorização glicêmica ou automonitorização consiste na medida diária da glicemia capilar com o objetivo de direcionar as ações que permeiam o tratamento. A medida da glicemia capilar está indicada para as pessoas com DM 1 e para aquelas com DM 2 que utilizam insulina. A recomendação é de medir 3 a 4 vezes ao dia, sendo uma em jejum e as demais realizadas antes das refeições e eventualmente às 3 horas da madrugada.
- 2) A prescrição de exercício físico é individualizada, contudo, para a maioria dos adultos diabéticos está recomendada a prática de 150 minutos por semana de exercícios de moderada intensidade, enquanto que para as crianças a recomendação é de praticar 60 minutos de exercício físico por dia.
- 3) A terapia nutricional é um componente eficaz da educação em diabetes, cujo objetivo é manter o controle glicêmico e o perfil lipídico adequados. A elaboração do plano alimentar deve respeitar as condições socioeconômicas e culturais da família, a sazonalidade dos alimentos e as condições individuais: idade, sexo, necessidade energética, comorbidades, descompensação metabólica (BELO HORIZONTE, 2011).

Estes hábitos saudáveis reduzem também os riscos para doenças cardiovasculares (BRASIL 2013).

## 5.5 Complicações do diabetes mellitus

São muitas as complicações e consequências que o diabetes pode trazer para o paciente ao longo dos anos, e elas são maiores e mais graves quanto menos controlada estiver a glicemia. Segundo a OMS as complicações crônicas do diabetes são divididas em dois grandes grupos, micro e macro vasculares. As complicações microvasculares são aquelas que cursam com danos aos pequenos vasos sanguíneos (retinopatia, neuropatia, nefropatia). Já as macrovasculares incluem as doenças cardiovasculares. As complicações agudas do diabetes incluem a descompensação glicêmica com valores superiores a 250 mg/dl, que pode evoluir para quadros graves como cetoacidose diabética, episódio hiperosmolar e a hipoglicemia, que cursa com glicemia casual inferior a 60 mg/dl (BRASIL, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1997 que após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, que, no mesmo período de doença 30 a 45% terão algum grau de retinopatia; 10 a 20% de nefropatia; 20 a 35% de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular. O diabetes é fortemente associado a doenças mentais com impactos adversos na capacidade produtiva dos indivíduos, marcados por altas taxas de absenteísmo, aposentadoria precoce e mortalidade prematura. Tal fato acarreta um elevado custo à sociedade (BRASIL 2011).

## 5.6 Adesão ao autocuidado

O autocuidado é definido como a prática de atividades para a manutenção da vida, para o próprio bem estar. Quando realizado eficazmente, contribui para a manutenção da integridade humana. A adesão ao autocuidado é essencial no controle das doenças crônicas, a exemplo do diabetes mellitus (NETA, 2015).

Assunção (2008) define adesão como a medida que o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações preconizadas por um profissional de saúde, por exemplo: tomar medicamentos, seguir o plano alimentar ou adotar mudanças no estilo de vida.

A participação ativa do paciente nas ações do autocuidado constitui-se parte principal no tratamento do diabetes mellitus (NETA, 2015). O mesmo autor defende

que no diabetes mellitus (DM), a falta de adesão ao tratamento é um desafio frequentemente enfrentado na prática clínica das instituições de saúde.

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 (ASSUNÇÃO, 2008). Assim, impõe-se aos profissionais de saúde buscar estratégias de intervenções que visem minimizar essas situações na atenção em diabetes.

### 5.7 Grupos educativos na atenção à saúde

O caráter crônico do diabetes mellitus exige estratégias educacionais que atendam aos aspectos clínicos, psicológicos e sociais do indivíduo, além de considerar as crenças e valores em relação à própria saúde. Os grupos educativos representam uma modalidade de atendimento que colabora para o alcance das metas terapêuticas propostas.

Para Teixeira (2006) os programas de educação em grupos devem priorizar o atendimento integral da pessoa com diabetes, envolvendo a família neste processo. A autora defende que a educação em diabetes é um meio eficaz de provocar no indivíduo, uma mudança de comportamento rumo à adesão às medidas de autocuidado necessárias para um bom controle glicêmico.

Considerando que a educação é fundamental para o gerenciamento do autocuidado em diabetes, este trabalho de conclusão de curso, pretende ampliar essa prática e motivar os profissionais da equipe e os pacientes do PSF Virgem dos Pobres a melhorar a adesão aos tratamentos propostos.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Breve apresentação do cenário da proposta

O município de Santa Luzia está localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, a 27 km da capital, próximo aos aeroportos da Pampulha e Tancredo Neves (Confins) e do Centro Administrativo do Estado. Possui três vias de acesso: a MG-20 ou Avenida das Indústrias, a MG-10 via São Benedito, e a BR-381, através da rodovia Beira Rio. Limita-se ao norte com Jaboticatubas, Lagoa Santa e Taquaraçu de Minas, ao sul com Sabará e Belo Horizonte, a leste com Vespasiano e Lagoa Santa e a oeste com Belo Horizonte e Sabará. Pertence à bacia hidrográfica do Rio São Francisco e à sub-bacia do Rio das Velhas, que divide seu território em duas partes, popularmente conhecidas como Parte Alta e Parte Baixa. O ponto culminante do município é a Serra da Piedade que atinge 1.200 metros de altitude. Possui extenso território de 234.4 km<sup>2</sup> dividido administrativamente em sede e distrito de São Benedito. Seu bioma é de transição entre o Cerrado e a Mata Atlântica e seu clima é tropical de altitude, ameno, com temperatura média anual de 21,10° C (PREFEITURA DE SANTA LUZIA, 2015). Possui 205.666 habitantes, considerada a décima terceira cidade mais populosa do estado de Minas Gerais (IBGE, 2012). A estratificação da população por faixa etária e gênero está detalhada na Tabela 1, sendo que 106.996 (52%) são homens e 98.670 (48%) são mulheres. A cidade conta com um número aproximado de 58.332 domicílios e 36.215 famílias, sendo apenas 1% rural.

Por ser uma cidade polinucleada, o município não possui uma localidade com característica de centro econômico, as atividades estão localizadas em bairros polos, sendo que no distrito de São Benedito está concentrada a maior parte da atividade comercial. Nos anos 80 foram criados dois grandes conjuntos habitacionais, a Cristina e o Palmital, que juntos formavam o maior conjunto habitacional da América Latina (PREFEITURA DE SANTA LUZIA, 2015).

O abastecimento de água é feito pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA). Os índices de saneamento ainda não cumprem as necessidades do 100% da população.

A tabela 1 apresenta a população do município Santa Luzia segundo a faixa etária e sexo.

Tabela 1- População segundo a faixa etária no município Santa Luzia

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total de indivíduos
> 1	2.539	3.185	5.724
1-4	7.051	7.458	14.509
5-9	8.122	8.366	16.488
10-14	9.513	9.852	108.045
15-19	8.926	8.916	17.842
20-24	9.310	9.280	18.590
25-39	27.485	22.983	50.468
40-59	24.196	21.367	45.563
60 e +	9.854	7.263	17.117
Total	106.996	98.670	205.666

Fonte: SIAB

O município possui um hospital municipal, onde se realizam pequenas cirurgias, o Hospital municipal Madalena Parrillo Calixto, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); um Pronto Atendimento (PA São Benedito) e 24 equipes de Estratégia de Saúde da Família. O Centro de especialidades médica realiza atendimentos especializados e acompanhamento das pessoas com diabetes e hipertensão (HIPERDIA). Exames laboratoriais são realizados por clínicas conveniadas (PREFEITURA DE SANTA LUZIA, 2015).

A Unidade de Saúde da Família Virgem dos Pobres atende a uma população de 20142 pessoas divididas entre três equipes. A Equipe Vermelha possui 6.715 usuários; a Equipe Verde 6.590 usuários e a Equipe Amarela 6.837 usuários. São pessoas assalariadas, trabalhadores do comércio local, que moram em casas, sobrados ou similares. Atuo como médica generalista na Equipe Vermelha, juntamente com uma enfermeira, um técnico em enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (PREFEITURA DE SANTA LUZIA, 2015).

## 6.2 Proposta de intervenção

Os problemas que afetam a população da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família foram identificados e discutidos em reuniões com a equipe para assim chegar ao estabelecimento das prioridades.

O método de estimativa rápida foi utilizado para o levantamento de dados e informações, para em seguida, elaborar um diagnóstico situacional de saúde do território. Houve a participação de representantes da população e profissionais de saúde.

A opção pela abordagem através de grupos educativos surgiu da necessidade e urgência em oferecer para a população um atendimento que unisse em menor tempo o baixo custo e a qualidade da assistência. A proposta é de convidar um número médio de 15 pessoas a cada quinze dias e levantar o conhecimento de cada um sobre o DM. Em seguida complementar este conhecimento com temas relacionados ao autocuidado: escolha dos alimentos saudáveis, prática de exercício físico, monitorização glicêmica, uso regular da medicação, inclusive a administração da insulina, redução do tabagismo e do alcoolismo. Os profissionais da equipe serão os responsáveis pela elaboração das palestras e pela discussão dos temas escolhidos. A participação de todas as categorias profissionais está prevista, entretanto haverá um primeiro momento de preparo e aplainamento de conceitos básicos sobre os temas que serão abordados.

A emissora de rádio da cidade e os gestores da saúde serão parceiros convidados a participar do projeto.

O Quadro 1 apresenta a relação de problemas encontrados no diagnóstico situacional da Equipe de Saúde Virgem dos Pobres, avaliados por importância, urgência e capacidade de enfrentamento.

Quadro 1 - Priorização dos problemas da Unidade de Saúde Virgem dos Pobres, Santa Luzia, MG.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevada incidência e prevalência de DM	Alta	7	parcial	2
Baixa adesão ao tratamento do DM	Alta	8	parcial	1
Insuficiente coleta de lixo	Alta	6	fora	4
Insuficiente cloração de água	Alta	5	fora	5
Elevada incidência de	Alta	7	parcial	3

Hipertensão				
-------------	--	--	--	--

Fonte: autoria própria.

O problema prioritário foi a baixa adesão ao tratamento do diabetes. Para a sua descrição, a equipe utilizou dados fornecidos pelo SIAB e dados próprios. Cabe aqui ressaltar as deficiências do nosso sistema de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo de planejamento.

A proposta de intervenção se baseia na estruturação de grupos educativos com os pacientes diabéticos da área de abrangência com o objetivo de aumentar o conhecimento das pessoas sobre o autocuidado. O Quadro 2, a seguir, mostra os possíveis nós críticos que podem interferir na execução do projeto de intervenção.

Quadro 2 - Desenhos de operações para os “nós” críticos do problema de diabetes mellitus, na Equipe de Saúde da Família Virgem dos Pobres, Santa Luzia, MG.

Nós críticos	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados.	Modificar hábitos e estilos de vida.	Melhorar a adesão do paciente diabético ao controle alimentar.	Conscientização do paciente diabético para a importância do tratamento.	Organizacional: programação sobre os temas a serem trabalhados nos grupos. Cognitivo: Revisão sobre os temas escolhidos. Politico: mobilização social para a formação dos grupos educativos. Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, glicosímetro e estetoscópio.
Falta de conhecimento da doença	Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre o DM	Incluir o grupo familiar nas palestras e no acompanhamento dos diabéticos	Maior número de familiares participando e acompanhando o paciente diabético	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos

Quadro 3 - Propostas de intervenções pela Equipe de Saúde Virgem dos Pobres, Santa Luzia, MG

Operações/projeto	Recursos críticos	Controle de recursos críticos	Motivação	Ações estratégicas
<b>Cuidar melhor</b>  Modificar hábitos e estilos de vida	Aquisição de recursos áudio visuais e folhetos educativos	Setor de comunicação social Secretaria de Saúde	Favorável	Aumentar o conhecimento da doença
<b>Linha do cuidado</b>  Popularizar as informações úteis para o controle glicêmico das pessoas diabéticas e familiares	Aumentar os recursos para estruturar o serviço: equipamentos básicos (exames, medicamentos, consultas especializadas)	Secretaria de Saúde	Favorável	Projeto de reestruturação da rede

Quadro 4 - Elaboração do plano operativo da Equipe de Saúde Virgem dos Pobres, Santa Luzia, MG

Operação	Gerente de operação	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual
<b>Cuidar melhor</b>	Médica	Grupo educativo para discutir temas sobre o DM	Médica e Enfermeira	3 meses	Implantado nas micro-áreas
<b>Linha do cuidado</b>		Capacitar os profissionais da APS para abordagem dos pacientes com DM		5 meses	Fase de elaboração do projeto parceiros sensibilizados

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O aumento do número de pessoas com diabetes tem sido uma preocupação em todo mundo, principalmente pela cronicidade e pela característica insidiosa da doença. O DM 2 marca forte relação com a obesidade e o sedentarismo, condições plenamente modificáveis, a depender de medidas de educação para a saúde e adesão ao autocuidado. O trabalho em grupos tem se mostrado uma estratégia eficaz e suficiente para motivar pacientes, familiares e os próprios profissionais de saúde na aderência a outros modos de vida capazes de modificar hábitos e assegurar uma convivência natural com os cuidados advindos da patologia.

## REFERÊNCIAS

- 1- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Foundations of care: education, nutrition, physical activity, smoking cessation, psychosocial care, and immunization. **Diabetes Care**. v. 38, n. Supplement1, p. S20-S30, janeiro 2015. ISSN 0149-5992.
- 2- 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. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.13, n.2. Rio de Janeiro Dec. 2008.
- 3- BELO HORIZONTE. Protocolos de Diabetes Mellitus e atendimento em angiologia e cirurgia vascular. Prefeitura de Belo Horizonte, 2011.
- 4- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Coordenação nacional de hipertensão e diabetes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 5- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 6- CAMPOS, F.C.C.; FARIA H.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.
- 7- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=IBGE+2012&oq=IB&aqs> Acesso em: 08/05/15.
- 8- GOULART, F.A.A. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 9- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Diabetes Atlas. 7ed., 2015. Disponível em: [www.idf.org/diabetesatlas](http://www.idf.org/diabetesatlas) Acesso em: 10/04/15.
- 10- NETA, D.S.R; SILVA, A.R.V, SILVA, G.R.F. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. **Rev. Bras. Enferm.** jan-fev ;68(1):111-6, 2015.
- 11- PREFEITURA DE SANTA LUZIA. Plano Municipal de Cultura, 2013. Disponível em: <http://www.santaluzia.mg.gov.br/wp-content/uploads/2012/01/PMC-Santa-Luzia-MG-Vers%C3%A3o-Final-2.pdf-official.pdf>. Acesso em 17/03/15.

- 12- SCHMIDT, M.I. et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade autorreferida, Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, v 43, supl. 2. Porto Alegre, 2009.
- 13- Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015** / Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.
- 14- TEIXEIRA, C.R.S.; ZANETTI, M.L. O trabalho multiprofissional com grupo de diabéticos. **Rev. Bras. Enferm.** 2006 nov-dez; 59(6): 812-7.