

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

INDIRA HERNÁNDEZ DELGADO

Elaboração de um grupo educativo para pacientes idosos portadores de
Diabetes Mellitus na UBS Santa Efigênia 3.

JUIZ DE FORA – MG
2016

Indira Hernández Delgado

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

Elaboração de um grupo educativo para pacientes idosos portadores de Diabetes Mellitus na UBS Santa Efigênia 3.

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

Orientadora: Prof^a. Fernanda Magalhães Duarte Rocha

**JUIZ DE FORA – MG
2016**

INDIRA HERNANDEZ DELGADO

Elaboração de um grupo educativo para pacientes idosos portadores de Diabetes Mellitus na UBS Santa Efigênia 3.

Banca examinadora

Examinador 1: Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Examinador 2: Zilda Cristina dos Santos. UFTM

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2016.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 JUSTIFICATIVA.....	10
3 OBJETIVOS.....	11
4 METODOLÓGIA.....	12
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
6 PLANO DE AÇÃO.....	15
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERENCIAS.....	25

Resumo

A Diabetes Mellitus é uma epidemia mundial, se associa seu aumento ao envelhecimento populacional. Devido ao alto número de diabéticos descompensados na população da terceira idade da UBS Santa Efigênia e tomando em conta que as principais causas são o desconhecimento individual sobre a própria doença se planejou fazer uma intervenção nos pacientes diabéticos da população. O objetivo foi elaborar um Projeto Intervenção sobre a adesão ao tratamento de pacientes idosos portadores de Diabetes Mellitus. Para a consecução do objetivo foi feito um levantamento de dados sobre o número de pacientes com diabetes, aplicando o diagnóstico situacional baseado em Planejamento Estratégico Situacional e uma revisão bibliográfica que subsidiou a formulação do plano de ação. Reuniões com a equipe com o NASF e com moradores da área também foram realizadas. Na elaboração do plano de ação foi adotada a seguinte dinâmica: descrição da etapa a ser desenvolvida segundo o referencial teórico discutido na disciplina Planejamento e Avaliação das Ações de saúde. O plano de ação contém: identificação, priorização, descrição e explicação do problema e identificação dos nós críticos. O plano de ação proposto é uma ferramenta para facilitar a intervenção no problema, mas ainda há um trabalho bem forte a fazer para obter um controle adequado na população idosa diabética de Santa Efigênia 3; deverão ser corrigidas falhas que, serão percebidas durante sua execução.

Palavras-Chave: Idoso. Diabetes Mellitus. Conhecimento

Abstract

Diabetes Mellitus is a global epidemic, is associated with its increase to population aging. Due to the high number of diabetics in the population decompensated seniors UBS Santa Efigenia and taking into account that the main causes are the individual ignorance about the disease itself is planned to make an intervention in diabetic patients of the population. The objective was to prepare an Intervention Project on adherence to treatment of elderly patients with Diabetes Mellitus. To achieve the goal was made a data collection on the number of patients with diabetes, applying situational diagnosis based on Situational Strategic Planning and a literature review that supported the formulation of the action plan. Meetings with the team with the NASF and residents of the area were also performed. In preparing the action plan was adopted the following dynamics: description of the step to be developed according to the theoretical framework discussed in the discipline Planning and Evaluation of Health Actions. The action plan contains: identification, prioritization, description and explanation of the problem and identification of critical nodes. The proposed action plan is a tool to facilitate intervention in the problem, but there is still a very strong work to do to get a proper control in diabetic elderly population of Santa Efigenia 3; failures should be corrected that will be perceived during its execution.

Keywords: Elderly. Diabetes Mellitus. Knowledge

1. INTRODUÇÃO

Identificação do município

Barbacena é um município do estado de Minas Gerais, no Brasil. Localiza-se a uma latitude 21°13'33" sul, e a uma longitude 43°46'25" oeste, com uma população estimada de 133 000 habitantes. Fica na Serra da Mantiqueira. A 169 quilômetros da capital do estado, Belo Horizonte. O município, com 788,001 quilômetros quadrados. (IBGE, 2015)

O município tem atualmente como prefeito o Sr. Antônio Carlos Doorgal de Andrada, como secretário municipal de saúde o Sr. Jose Orleans da Costa e como coordenadora da atenção básica a enfermeira Nagila Oliveira Viana. (IBGE, 2015)

Histórico e descrição do município

São cidades limítrofes do município de Barbacena: ao norte está Barroso, Carandaí e Ressaquinha; ao sul está Santos Dumont, Antônio Carlos e Ibertioga; ao leste está Desterro do Melo, Santa Bárbara do Tugúrio e Oliveira Fortes e ao oeste está São João del-Rei e Prados.

O município ocupa o sítio de um antigo aldeamento de índios puris, na região conhecida como Campo das Vertentes. Os últimos representantes desses aborígenes desapareceram em meados do século XVIII. (ORLEANS, 2014)

Os primeiros povoadores da região foram paulistas e portugueses, procedentes, na maioria, de Taubaté. Transpondo a Mantiqueira pela garganta do Embau, hoje Cruzeiro, desbravaram os sertões e estabeleceram-se no território. Dedicaram-se de início a mineração e, em seguida, quando já se encontrava aberto o Caminho Novo, também chamado "das partes de São Paulo" ou do Rio Grande, a lavoura e a criação de gado. (ORLEANS, 2014)

A cidade vive basicamente da agricultura sendo, conhecida em Brasil e no exterior como a "Cidade das Rosas", em função da grande produção local desta flor. No Brasil, o município também é conhecido como a "Cidade dos Loucos", pelo grande número de hospitais psiquiátricos instalados no local. A cidade atraiu esses manicômios em decorrência da antiga ideia, defendida por alguns médicos, de que seu clima ameno, com temperaturas médias bem baixas para os padrões brasileiros, faria com que os doentes mentais ficassem mais quietos e menos arredios, supostamente facilitando o tratamento. (ORLEANS, 2014)

Localizado na Região Central do Estado de Minas Gerais, o Município de Barbacena pertence à Mesorregião: Campo das Vertentes - Microrregião: Barbacena, seu território é cortado pela Serra da Mantiqueira e pelas nascentes do Rio das Mortes que é um afluente do Rio do Rio Grande. Apresenta clima tropical de altitude sujeito a mudanças bruscas de temperaturas. A temperatura média anual é de 18°C, podendo chegar à máxima anual de 24,7°C. No inverno há ocorrência de geadas. Encontra-se às margens da BR040, também denominada Rodovia Washington Luiz. (ORLEANS, 2014)

2-Diagnóstico Situacional

2.1 -Aspectos Demográficos

O quadro 1 apresenta a distribuição da população segundo a faixa etária e sexo para o ano de 2012

Quadro 1: População residente por Faixa Etária e Sexo - Período:2012

Faixa Etária	Masculino	Feminino
Menor 1 ano	712	691
1 a 4 anos	2870	2756
5 a 9 anos	3875	3850
10 a 14 anos	4975	4936
15 a 19 anos	5500	5205
20 a 29 anos	10343	10802
30 a 39 anos	9238	9982
40 a 49 anos	9159	10441
50 a 59 anos	7447	8832
60 a 69 anos	4282	5264
70 a 79 anos	2065	3060

Fonte: IBGE/DATASUS

Taxa de crescimento anual da população no período 2000-2010:0,798

Densidade demográfica: 175,16 hab./km²

2.2-Aspectos socioeconômicos

Atividades econômicas e arrecadação

Na economia da cidade, destaca-se o setor da agropecuária, principalmente, com o fornecimento de leite e derivados, além, é claro, do plantio de rosas. O município conta com poucas indústrias. As de maior destaque são a RDM Vale do Rio Doce (Beneficiamento de ferro-ligas a base de manganês) e a Saint Gobain

(materiais cerâmicos) e também conta com dois abatedouros de frangos e um matadouro de bovinos e suínos. O setor de serviços é suficiente para a subsistência da cidade e região.

Índice de Desenvolvimento Humano IDH

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,798

Proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza e indigência-2010



Fonte: Censo Demográfico - 2010

Elaboração: IPEA/DISOC/NINSOC - Núcleo de Informações Sociais

Para estimar a proporção de pessoas que estão abaixo da linha da pobreza foi somada a renda de todas as pessoas do domicílio, e o total dividido pelo número de moradores, sendo considerado abaixo da linha da pobreza os que possuem renda *per capita* até R\$ 140,00. No caso da indigência, este valor vai ser inferior a R\$ 70,00.

Em Barbacena de 2000 a 2010, a proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 reduziu em 52,9%; para alcançar a meta de redução de 50%.

Saneamento Básico

O município declara ter apresentado ocorrências impactantes observadas com frequência no meio ambiente, nos últimos 24 meses, mas sem alteração ambiental que tenha afetado as condições de vida da população. O município possui Conselho Municipal de Meio Ambiente, criado no ano de 1997. O Conselho tem maior representação governamental. Houve reuniões nos últimos 12 meses. Não contou com recursos específicos para a área ambiental nos últimos 12 meses.

Possui Fundo Municipal de Meio Ambiente e realiza licenciamento ambiental de impacto local.

Neste Município, em 2010, 84,6% dos moradores tinham acesso à rede de água geral com canalização em pelo menos um cômodo e 87,3% possuíam formas de esgotamento sanitário considerado adequado.

A estrutura de saneamento básico na área de abrangência do PSF Santa Efigenia é razoavelmente boa, conta-se com coleta de lixo e instalação sanitária nas residências. Vale lembrar que a área de abrangência é urbana.

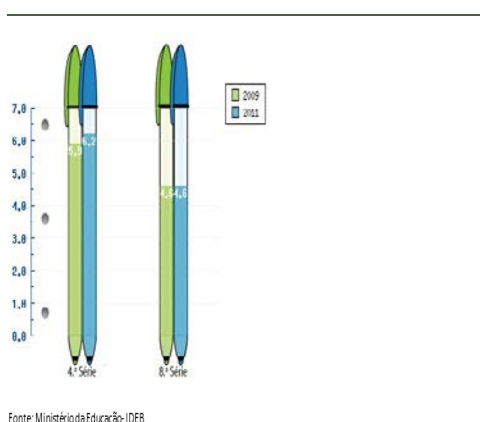
Neste Município, em 2010, não havia moradores urbanos vivendo em aglomerados subnormais (favelas e similares). Em 2010, 98,6% dos moradores urbanos contavam com o serviço de coleta de resíduos e 96,9% tinham energia elétrica distribuída pela companhia responsável (uso exclusivo). Para ser considerado proprietário, o residente deve possuir documentação de acordo com as normas legais que garantem esse direito, seja ele de propriedade ou de aluguel. A proporção de moradores, em 2010, com acesso ao direito de propriedade (própria ou alugada) atingem 94,2%.

Educação

A situação da educação no município pode ser sintetizada nos seguintes indicadores;

Taxa de analfabetismo entre maiores de 15 anos: 8.50 %

Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) - 2009/2011



O IDEB é um índice que combina o rendimento escolar às notas do exame Prova Brasil, aplicado a crianças da 4ª e 8ª séries, podendo variar de 0 a 10. Este

município está na 372.^a posição, entre os 5.565 do Brasil, quando avaliados os alunos da 4.^a série, e na 657.^a, no caso dos alunos da 8.^a série. O IDEB nacional, em 2011, foi de 4,7 para os anos iniciais do ensino fundamental em escolas públicas e de 3,9 para os anos finais. Nas escolas particulares, as notas médias foram, respectivamente, 6,5 e 6,0.

Recursos da comunidade

Na área adscrita á UBS contasse com muitos comércios, dois Bancos, um correio, quatro igrejas, um monastério, duas escolas. A população tem aceso a luz elétrica, água, telefonia, correios e bancos. Os principais postos do trabalho pertencem a comércios, indústria agrícola e manufatureira, para uma taxa de emprego de 6,5%. Da população escolar 79% ensino fundamental, 14 % ensino médio e analfabetos 316 para um 3.8% da população geral.

3. Sistema Municipal de saúde

A rede de Atenção Básica é composta por 03 unidades de apoio, 15 unidades básicas tipo I, 03 unidades básicas tipo II e 02 unidades tipo III, dependendo do número de equipes que a conformam. O município está dividido em nove distritos sanitários e conta hoje com 27 ESF (equipes saúde da família), 11 ESB (Equipes de Saúde Bucal) e 03 NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família). Além das equipes de Atenção Básica, perfazendo uma cobertura em torno de 84,61% e de ESF em torno de 60,9% sobre a população geral, conta com 27 residências terapêuticas onde residem 265 pacientes egressos da rede hospitalar crônica de psiquiatria, 95% com idade acima de 60 anos.

Atividades desenvolvidas

O município possui uma rede hospitalar composta por 04 hospitais gerais credenciados pelo SUS, com 747 leitos, sendo um hospital geral da rede FHEMIG com abrangência regional, 03 hospitais psiquiátricos, com um total de 477 leitos. Barbacena é referência para região ampliada e região de saúde em procedimentos de Alta Complexidade Ambulatorial em Hemodinâmica (cateterismo cardíaco), Medicina Nuclear (cintilografias), UNACON (unidade de Alta Complexidade em oncologia, com quimioterapia, cirurgias oncológicas e tratamento clínico), Terapia Renal Substitutiva (hemodiálise), Tomografia Computadorizada, Psiquiatria

(pacientes crônicos e agudos), Cirurgia Neurológica, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Vascular, Hemodinâmica Intervencionista (angioplastia).³

Possui a rede de urgência e emergência com o SAMU cuja abrangência é a região ampliada (51 municípios), com os pontos de atenção bem delimitados, uma rede de unidades móveis com 05 (USA), 19 (USB), um complexo regulador de urgência gerido por um consórcio público/público que regula todas as demandas de urgência e emergência pré-hospitalar. Além disto, conta também com a central do SUSFACIL (complexo regulador de leitos) que atua de forma eficiente na regulação do acesso.

Unidade de Saúde da Família - USF

A Unidade Básica de Saúde Santa Efigênia se localiza na região nordeste do município (zona urbana) no Bairro do mesmo nome e brinda atendimento à população dos bairros de Santa Efigênia, Novo Horizonte, Caminho Novo, Passarinhos e Pontilhão para uma população cadastrada de 8337. A unidade de saúde funciona de 07hs até 11hs e de 13hs as 17hs.

Conta com três ESF onde se presta atendimento à demanda espontânea e agendada (maior parte) assim como os programas de saúde bucal, pré-natal, puericultura, “preventivo” de câncer de mama e ginecológico, atendimento individual a hipertensos e diabéticos, acompanhamento a crianças desnutridas, tem consultas especializadas de pediatria, ginecologia, nutrição e psicologia. Os exames laboratoriais são realizados na UBS uma vez por semana.

Minha experiência na equipe 3 da UBS Santa Efigenia começou em abril de 2014 como parte do programa federal Mais Médicos. Já estava instaurada a Estratégia de Saúde da Família e minha chegada fortaleceu esta política de saúde, pois completou a equipe o que favoreceu a implementação de novas estratégias científicas como este estudo.

Aspectos Epidemiológicos

De acordo com o SIAB a cobertura de ESF está em torno de 60,9%, com 23.559 famílias cadastradas, 81.932 pessoas e destas 12.520 possuem 60 anos e mais, 12.927 hipertensos e 2.840 diabéticos. De acordo com a projeção do IBGE do ano 2010 a população acima de 60 anos perfaz o total de 16.031, o que corresponde

a 12,70% sobre a população geral. A cobertura por plano de saúde cadastrados no SIAB é de 10,29%, e o total geral da população com plano de saúde é de 18%.

Principais causas de Internação: as principais causas de internação no ano de 2014 segundo dados do SIH/DATASUS foram: complicações do diabetes, AVC e câncer.

Principais causas de óbitos: as principais causas de óbitos no ano de 2014, segundo levantamento realizado a partir dos dados das DO's foram: pneumonias, IAM e acidentes de trânsito. A taxa de mortalidade infantil foi de 14,4/1000 nascidos vivos.

Cobertura de vacinação: a cobertura vacinal da população de menor de 1 ano de idade foi de 98.3%.

A partir das discussões produzidas nos encontros entre atores sociais, a investigação da informação estatística, a observação durante a interação com a população tanto em grupos de diabéticos como em consultas, chegou se a conclusão que tínhamos em nossa área de abrangência muitos pacientes idosos com Diabetes Mellitus descompensada com muito pouco conhecimento individual sobre a própria doença, devido a um controle e autocuidado inadequado além de um inadequado tratamento e seguimento por parte do pessoal da saúde. Causa pela que decidi fazer este trabalho.

2. JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pelo alto número de Diabetes Melito Descompensada na população da terceira idade da área de abrangência da equipe Santa Efigênia número 3 que no começo do estudo foi de 257; 201 deles idosos da terceira idade e deles 85 não alfabetizados e 39 que moram sozinhos. Tomando em conta que as principais causas de descompensação são o desconhecimento individual sobre a própria doença, devido a um controle e autocuidado inadequado acreditamos a importância de realizar este trabalho.

Foi realizado uma reunião de equipe onde foram avaliados os problemas referentes à doença e a factibilidade de proceder com o projeto. Considerando os possíveis benefícios obtivemos a conclusão que a unidade de saúde contava com os recursos humanos e matérias necessários para realizar um Projeto de Intervenção viável para obter um melhor autocontrole da doença e uma melhor qualidade de vida na população alvo.

3. OBJETIVO

Objetivo Geral:

Elaborar um Projeto Intervenção sobre a adesão ao tratamento de pacientes idosos com Diabetes Mellitus na equipe Santa Efigênia número 3 no município Barbacena, estado Minas Gerais.

Objetivos Específicos:

- Proporcionar uma maior adesão ao tratamento para o controle da doença.
- Oferecer educação para a saúde que favoreça a promoção do autocuidado e a prevenção de complicações.

4. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos da seção 2 do módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (Campos, Farias, Santos, 2010) no curso Estratégia de Saúde da Família da UFMG, na plataforma Àgora e uma revisão da literatura sobre o tema no Scielo, biblioteca virtual em saúde e biblioteca do Curso de Especialização Em Saúde da Família (CEESF), com os descritores: Idoso. Diabetes Mellitus. Conhecimento

5. Referencial Teórico

O fenômeno Diabetes Mellitus mostra atualmente elevadas taxas de morbidade e mortalidade tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, isso se relaciona com maiores capacidades de diagnóstico e o aumento real na incidência do envelhecimento populacional. (MANSO, 2011)

O desafio do envelhecimento pretende ser capaz de refletir sobre a vida com um grau satisfatório, assumir o que é bom e ruim, para alcançar a paz, a serenidade consigo mesmo e com os outros, repensar a vida, a novas atividades, aproveitar o tempo que temos agora e fazer o que não podia fazer antes, onde os cuidados para as doenças que podem sofrer, entre eles influência diabetes mellitus. (VILA, 2009)

Diabetes Mellitus é uma das doenças endocrinometabólicas que mais frequentemente afeta a população em geral. Atualmente, representa um problema de saúde em uma escala global, com alto impacto sobre a qualidade de vida de indivíduos com a doença e o alto custo dos seus cuidados. Ela afeta pessoas de todas as idades, independentemente da raça ou condição socioeconômica. É considerado um problema universal e em crescimento, caracterizado por um metabolismo anormal dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, o que resulta em complicações micro e macrovasculares. (MARINO, 2008)

É no Papiro de Ebers que aparece descrita pela primeira vez a doença, assumindo que isso ocorreu por volta de 1500 AC. Aretaeus Capadócia (século II AC) foi o primeiro a usar o termo Diabetes literalmente significa "passar através de uma armadilha" e muito mais tarde Tomas Willis dá Mellitus sobrenome significa "açúcar". (GSP, 2009)

A diabetes mellitus pode ser definida como uma desordem crônica do metabolismo dos hidratos de carbono, proteínas e gorduras, clinicamente reconhecido por uma diminuição relativa de insulina e a presença de hiperglicemia e glicosúria. (LOIUS, 2012)

Como é sabido, diabetes aumenta duas vezes os números de infarto do miocárdio. Insuficiência renal é 17 vezes mais comum em diabéticos e três vezes mais comum a sintomatologia arterial periférica. (SBEM, 2015)

O paciente diabético tem uma diminuição da tolerância à glicose, podem ter um aumento da produção de pró-insulina glucorreceptor, insensibilidade à insulina ou um aumento da resistência periférica à insulina, tornando mais complexo o

tratamento desta doença em idades mais avançadas, com um maior envolvimento da saúde pelo deterioro do órgão devido ao envelhecimento. (DIAMONG,2011)

Em estudos de diabetes deve resolver o problema a partir de duas perspectivas, em primeiro lugar os aspectos únicos da condição diabética e seu tratamento, e diabetes e outras doenças que acelera a deterioração dos órgãos e sistemas, especialmente o sistema cardiovascular. No que diz respeito a este ponto tem sido prestado grande atenção à ação direta que tem a modificação de proteínas e glicose dependente da concentração, os efeitos adversos de seus próprios distúrbios do diabetes que ocorrem no metabolismo lípidos e aterosclerose acelerada. (SPE, 2008)

Diabetes Mellitus tem várias formas de apresentação inicial. Diabetes Mellitus Tipo 1 geralmente se apresenta com hiperglicemia sintomática. A diabetes mellitus tipo 2 podem apresentar-se com a hiperglicemia, mas frequentemente diagnosticada em pacientes assintomáticos durante um exame médico de rotina ou quando o paciente tem manifestações clínicas de uma complicação tardia. (BRASIL, 2013)

Pacientes idosos com diabetes mellitus, não têm conhecimento para o controle adequado da doença, nem dominar os fatores de risco para demência, entre os quais: idade, história familiar de diabetes, obesidade, sedentarismo. A tolerância à glicose tende a deteriorar-se com o avançar da idade. Os níveis circulantes de insulina não diminuem com o envelhecimento, mas sim tendem a aumentar. O envelhecimento é associado com uma redução na secreção de insulina pelas células beta, mas a capacidade máxima de secreção de insulina permanece. O aparecimento de intolerância à glicose deve seguir uma perda de eficiência na utilização de glucose. A redução da massa magra corporal, atividade física e mudanças nos regimes de dieta para baixo teor de fibras, alta ingestão de lipídios observadas com o envelhecimento, tendem a agravar a resistência à insulina e levar a metabolismo de carboidratos prejudicada. Este fenômeno não é tanto o resultado do envelhecimento, como resultado da ocorrência de um número de variáveis relacionadas com a idade e estilo de vida. (TELLEZ, 2009)

Nos idosos é a diminuição da tolerância à glucose, porque eles têm um aumento da produção de pró-insulina glucorreceptor com insensibilidade à insulina e um aumento da resistência periférica à insulina, tornando mais complexo o tratamento desta doença. Nesta idade, com maior comprometimento da saúde pelo mesmo órgão devido ao deterioro normal do envelhecimento. (HERNÁNDEZ, 2012)

Em estudos de diabetes em pessoas idosas devesse abordar a questão a partir de duas perspectivas, em primeiro lugar os aspectos exclusivos da condição diabética e seu tratamento nos idosos, e outro, diabetes como uma doença que acelera o envelhecimento, especialmente o sistema cardiovascular. No que diz respeito a este ponto tem sido prestou grande atenção à ação direta que tem a modificação de proteínas e glicose dependente da concentração, os efeitos adversos de seus próprios distúrbios da diabetes que ocorrem no metabolismo lípidos e aterosclerose acelerada. (EDP; 2009)

Mais de 90% dos diabéticos idosos têm a forma da doença não insulino dependente ou tipo II, chamado anteriormente diabetes do adulto. Mas o tipo dependente de insulina I pode ocorrer nos idosos, embora eles estão no caos das consequências que pode ser, por vezes graves, por exemplo;

Cardiovascular: Muitos precisam de amputações devido à deficiência da circulação do sangue nos membros. Eventualmente deficiência de desenvolver a função cardíaca. Maior taxa de mortalidade cardiovascular.

Visuais e dos olhos: catarata são comuns, alguns diabéticos têm também danos na retina. Neurológico: A hipoglicemia provoca lesão cerebral, também com problemas cognitivos e psicossociais. Renal: insuficiência renal. (LORIE, 2010)

Quando aplicados com os critérios de diagnóstico para idoso teste de tolerância à glicose para jovens adultos, mais de 50% dos quais foram classificados como diabético. É, portanto, atualmente muito importante trabalhar na criação de percentis específicos para essas idades mais avançadas da vida. (MONTROYA, 2013)

Muitas doenças podem alterar o controle da diabetes. As necessidades de insulina aumentam com qualquer resfriado, gripe, infecções, trauma, febre, vômitos ou diarreia. O estresse emocional e cirurgia também pode afetar os níveis de glicose no sangue. (LORIE, 2010)

Aprender a atuar naqueles dias quando você está doente, pode ajudar a evitar ser internado na maioria dos casos, e fazer você se sentir melhor enquanto você se recupera. Úlceras nos pés e problemas nas articulações são importantes causas de doença em Diabetes Mellitus. A principal causa predisponente é a neuropatia diabética; sensorial denervação difícil percepção de lesões por causas comuns, como sapatos mal ajustados ou seixos (MARINO, 2008)

O risco de infecção por fungos e bactérias aumenta devido à diminuição da imunidade celular causada por hiperglicemia e défices circulatórios resultantes de

hiperglicemia crônica. Eles são infecções de pele periféricas comuns e candidíase oral e vaginal. O processo inicial pode ser uma infecção fúngica que leva a lesões interdigitais, fendas, fissuras, ulcerações e exsudados que facilitam a invasão bacteriana secundária. Muitas vezes, os pacientes com úlceras do pé infectado não sentem dor por causa da neuropatia e não há sintomas sistêmicos até uma fase posterior com uma evolução autônoma. Úlceras profundas e particularmente úlceras associadas com qualquer grau detectável da celulite, requerem hospitalização imediata, uma vez que pode ocorrer toxicidade sistêmica e invalidez permanente. (VILLA, 2010).

O mundo está envelhecendo e o aumento inexorável de doenças crônicas não transmissíveis, entre elas a diabetes mellitus. Se a expectativa de vida em muitos países europeus era início do século passado somente 50 anos, hoje a maioria deles ultrapassa os 75. (Informe de Desarrollo Humano; 2011)

Este envelhecimento da população traz dentro das suas consequências o aumento da população idosa e, assim, o aumento gradual das doenças crônicas não transmissíveis e internações para a qual eles devem se preparar. (Anuario estadístico de salud; 2014)

6. Plano de Ação

Primeiro Passo: Identificação dos problemas

Na UBS Santa Efigenia, percebe-se que existem pontos onde devem ser melhorados tanto estruturalmente, como em relação a abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

Falta de capacitação para o acolhimento, principalmente na parte da recepção. Os profissionais deste (setor), não sabem acolher o paciente, procurar resolver suas dúvidas. Muitas das vezes é preciso que profissionais de outros setores que encontros pacientes pelos corredores oriente os pacientes ou que estes procurem, pelas salas, quem os oriente;

Não realização da classificação de risco. Apesar de existirem trios para aplicação do protocolo de Manchester este não é aplicado. As triagens são feitas para que não seja remarcado nenhuma consulta e conseqüentemente o paciente não retorne as suas casas sem atendimento. Com isso ocorre superlotação, fica difícil que realizar um trabalho bem feito;

Falta de adesão ao tratamento, particularmente entre os idosos diabéticos;

Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos.

Segundo Passo: Priorização dos Problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Falta de capacitação	Alta	6	Parcial	3

da equipe para o acolhimento				
Triagem sem classificação de risco	Alta	4	Parcial	4
Falta de adesão ao tratamento para diabetes entre os idosos	Alta	7	Parcial	1
Uso indiscriminado de ansiolíticos e anti-depressivos	Alta	6	Parcial	2

Fonte: ESF Santa Efigenia 3.

Terceiro Passo: Descrição do Problema

O tema que escolhemos para ser abordado é a falta de adesão aos tratamentos hipoglicemiantes. As questões que levantamos mais relevantes para justificar esse desajuste é o fato de dentre 257 diabéticos cadastrados e acompanhados, 201 são idosos, desses 85 não são alfabetizados, 39 moram sozinhos, dificultando assim a adesão ao tratamento pois estes apresentando dificuldade para memorizar os horários ou ate mesmo lembrarem dos remédios.

Quarto Passo: Explicação do problema

Causas da não adesão

1-Não entendimento da orientação/prescrição

Orientação/prescrições ruins

Receita com letra ilegível

Dificuldades de leitura por parte do paciente e/ou do cuidador (baixa escolaridade/analfabetismo)

2-Dificuldade de seguimento da orientação

Falta de condições materiais para o seguimento das orientações/prescrições (recursos para compra de medicamentos não disponibilizados do centro de saúde);

Orientação fora do contexto do paciente (dietas com alimentos fora do padrão alimentar da comunidade);

Ausência de cuidador

Consequências da não adesão

Dificuldade de controle dos níveis glicêmicos risco cardiovascular aumentado
→ aumento das complicações do diabetes (IRC, IAM) aumento de internações, invalidez e óbitos e aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

Quinto passo: Identificação dos nós críticos

- Processo de trabalho da equipe → orientações inadequadas, prescrições ilegíveis.
- Dificuldade de entendimento das orientações/prescrições por parte dos pacientes e/ou cuidadores → baixa escolaridade/analfabetismo do paciente e/ou cuidador.
- Nível de informação inadequado del paciente sobre a doença.
- Falta de medicamentos

As ações a serem realizadas ficam explicadas nas tabelas da forma seguinte:

Quadro 1– Operações sobre “Orientações inadequadas e prescrições ilegíveis” relacionado ao problema prioritário, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Efigênia III, em Barbacena, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Orientações inadequadas e prescrições ilegíveis
Operação	Capacitar sobre orientação e prescrição no tratamento a idoso diabético
Projeto	Melhor controle
Resultados esperados	Melhorar em um 60% a adequada prescrição a diabéticos na população alvo.
Produtos esperados	Maior número de idosos diabéticos controlados
Atores sociais/ responsabilidades	Médicos dos ESF/ Manter o projeto com qualidade População envolvida no projeto /Domínio da sua doença
Recursos necessários	Estrutural: organização da agenda e do lugar Cognitivo: Mais informação e elaboração adequada das estratégias. Financeiro: aumento de recursos para a capacitação adequada. Político: Mobilização social, conseguir o local.
Recursos críticos	Financeiro para a aquisição de recursos para a capacitação
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto
Responsáveis:	Indira Hernández Delgado e Larissa Ferreira Turchetti
Cronograma / Prazo	Início das atividades em 4 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestão: SESAP, Acompanhamento: Médico da equipe, Avaliação: Mensalmente

Quadro 2– Operações sobre “Baixa escolaridade/analfabetismo do paciente e/ou cuidador” relacionado ao problema prioritário, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Efigênia III, em Barbacena, Minas Gerais.

Nó crítico	Baixa escolaridade/analfabetismo do paciente e/ou cuidador
Operação	Implantar a linha de orientação acessível a pacientes com baixo nível escolar.
Projeto	Agora é fácil
Resultados esperados	Melhor entendimento do tratamento em pacientes com baixo nível escolar.
Produtos esperados	Implantação de um sistema de orientações de fácil entendimento com caráter inclusivo.
Atores sociais/ responsabilidades	ESF e NASF/ Manter o projeto com qualidade SESAP/Promover o projeto nos diferentes níveis.
Recursos necessários	Cognitivo: Elaboração de projeto educativo especial e diferenciado. Financeiro: financiamento do projeto. Político: Articulação entre os setores da saúde,
Recursos críticos	Financeiro para o financiamento do projeto.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto
Responsáveis:	Indira Hernández Delgado e Larissa Ferreira Turchetti.
Cronograma / Prazo	Início das atividades em 4 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestão: SESAP, Acompanhamento: Médico da equipe, Avaliação: Mensalmente

Quadro 3– Operações sobre “Nível de informação inadequado” relacionado ao problema prioritário, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Efigênia III, em Barbacena, Minas Gerais.

Nó crítico	Nível de informação inadequado
Operação	Implantar programa de informação para os diabéticos.
Projeto	Melhor para você.
Resultados esperados	Melhorar qualidade na informação recebida pelos diabéticos sobre a sua doença.
Produtos esperados	Aumento do nível de conhecimento dos pacientes
Atores sociais/ responsabilidades	ESF e NASF/ Manter o projeto com qualidade SESAP/Promover o projeto nos diferentes níveis.
Recursos necessários	Cognitivo: Elaboração de projeto educativo especial e diferenciado. Financeiro: financiamento do projeto. Político: Articulação entre os setores da saúde,
Recursos críticos	Financeiro para o financiamento do projeto.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto
Responsáveis:	Indira Hernández Delgado e Larissa Ferreira Turchetti.
Cronograma / Prazo	Início das atividades em 4 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestão: SESAP, Acompanhamento: Médico da equipe, Avaliação: Mensalmente

7. Considerações Finais

A Diabetes Mellitus é um problema de saúde pública, que afeta todas as faixas etárias e acarreta complicações graves que podem levar ao óbito mais rapidamente, por ser um processo patológico crônico.

Realizar este trabalho de forma mantida no tempo para obter melhores resultados a médio e longo prazo sobre a população alvo é vital no objetivo de melhorar qualidade de vida nos idosos. Intensificar o acesso a informações atualizadas e proporcionar a população usuária da atenção básica de saúde, maior conhecimento acerca da doença, é essencial para a melhora no quadro de descompensação dos idosos diabéticos e, ao mesmo tempo muito mais econômico tanto para a economia individual de cada paciente e seus familiares quanto para o sistema de saúde em geral.

Este trabalho deve ser desenvolvido a médio e longo prazo para resultados significativos, sendo estendido a outras unidades básicas de saúde com o objetivo de influenciar mais e mais pessoas, mudando assim o contexto da diabetes no município.

Na Diabetes mellitus como doença crônica e importante criar consciência nos pacientes, pois as medidas não medicamentosas como o autocuidado, e autocontrole sobre a dieta e medidas gerais são tão importantes quanto as medicamentosas.

REFERÊNCIAS

Anuário estadístico de salud. **Dirección nacional de estadística**. MINSAP Cuba, 2014.

Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 13 de maio 2015.

Bolet Astoviza M, Hernández G. **Diabetes mellitus: tratamiento dietético**, 2008. [Acesso em 27 março de 2015]. URL disponível em: <http://www.monografias.com>

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@. Brasília, [online], 2014.

Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 4 de maio 2015

BRASIL. Ministério Saúde **Diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Caderno de Atenção Básica (CAB), n. 16

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG.

Comisión Asesora sobre Diabetes en Galicia. **Guías de Salud Pública**. (GSP) Santiago de Compostela. Editorial Sergas. España. 2009.

DIAMONG. **American Diabetes Association**. Position Statement. Gestacional Diabetes Mellitus. Diabetes Care. EEUU. 2011.

European Diabetes Policy (EDP) **Group A desktop guide to type 2 Diabetes Mellitus**. Drabet. Med. 2009.

FARIA, Horácio Pereira de et al. **Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família**. Módulo de Planejamento e Metodologia das ações de saúde. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 20 de maio 2015

HERNÁNDEZ G. **Diabetes mellitus: tratamiento dietético**. 2008 [online] disponível em: <http://www.monografias.com>. 2008. Aseso 8 fevereiro 2012.

Informe de Desarrollo Humano 2010. Mundi libros S.A., España. 2011.

Instituto Brasileiro Geografia e Estadística (IBGE) censo Brasil 2010. disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Aceso em 20 fevereiro 2015.

LOUIS K. **Indicaciones nutricionales al paciente diabético**. OPS. 2012.

LORIÈ PAZ L. **La diabetes mellitus en las personas de más edad**. Manso España; 2010.

MANSO L. **La Diabetes Mellitus en el adulto mayor**. Rev Med Chil 2011.

MARINO J. **Comisión Asesora sobre Diabetes en Valencia**. Guías de Salud Pública. Santiago de Compostela. Sergas España.2008.

Ministerio de Salud y consumo Dirección General de aseguramiento y Planificación Sanitaria.

Consenso para la atención a las personas con diabetes en España. Madrid. 2009.

MONTOYA F. **Diabetes Mellitus: ¿problema o solución?** 2010 citado 22 maio 2013

MOREJÓN MUÑOZ J. **Programa educativo sobre diabetes mellitus con adultos mayores de un Grupo Básico de Trabajo**. [tesis]. Policlínico Cerro. La Habana. 2008.

OLIVARES K. **Indicaciones al paciente diabético**. Editorial OPS. 2010: p.21.

ORLEANS J da C. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017** Barbacena, Minas Gerais. Disponível em: <http://barbacena.mg.gov.br/download/planomunicipaldesaude2.pdf> Acesso em: 03. Set. 2014.

Relatório PMA2-C UBS Santa Efigênia. Fevereiro 2015

Sociedade Brasileira de Endocrinologia (SBEM) <http://www.endocrino.org.br>. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. BRASIL. <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/maismedicos/> acesso em 13 de maio 2015.

Sociedad Peruana de Endocrinología. **Consenso sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus y la intolerancia a la glucosa**. Perú. 2008.

TÉLLEZ R. Características de la diabetes mellitus en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati ,Martins. Rev Med. Perú. 2009.

VILLA A. **Actualidad en el tratamiento del paciente diabético**. Editorial OPS. Organización Panamericana de la Salud. 2010.

Villa Clara 11^{no}. **Grupo de Diabetes de la Sociedad Andaluza de Medicina familiar y Comunitaria**. Guía Clínica de Diabetes Mellitus em Medicina de Familia. Organización Mundial de la Salud.2009.

VILA H. Epidemiología de la diabetes mellitus en el Perú. **RevMed Per**. Perú. 2009.

