

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

SUCEL TERESA POMPA MESTRE

BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS
TIPO 2: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2016

SUCEL TERESA POMPA MESTRE

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS
TIPO 2: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Especialista.

Orientador: Prof. Ronaldo Castro d'Ávila

GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS

2016

SUCEL TERESA POMPA MESTRE

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS
TIPO 2: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Banca examinadora

Prof. Ronaldo Castro d'Ávila - UFMG

Prof.^a Polyana Oliveira Lima - UFAL

Aprovado em Belo Horizonte, em _____ de _____ de 2016.

DEDICATÓRIA

A Deus, pois sem Ele nada é possível.

À minha família e, em especial, à minha avó Arminda e minha tia Barbara por cuidarem de minha filha Nayelin e pelo seu apoio sem o qual eu não conseguiria estar trabalhando no Brasil.

RESUMO

O Diabetes Mellitus é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência vem crescendo mundialmente e está relacionada em grande parte ao processo de envelhecimento populacional. A falta de adesão ao tratamento medicamentoso ou terapêutico é um desafio enfrentado pelos profissionais de saúde que atuam na atenção primária à saúde em nosso país. O objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de intervenção para uma melhor adesão dos pacientes ao controle e tratamento do Diabetes Mellitus tipo2 na Unidade Básica de Saúde Pastor Marciano Rita, em Central de Minas/Minas Gerais. Este trabalho teve como base uma revisão narrativa da literatura. Foi realizado por meio de levantamento bibliográfico utilizando bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde. Foi feita uma leitura criteriosa e objetiva dos artigos, destacando-se os trechos que poderiam corresponder à apresentação de uma base conceitual de suporte ao plano operativo pretendido. A partir do estudo foi possível conhecer os fatores que influenciam a não adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos são: hábitos e estilo de vida inadequado, baixo nível de informação acerca do Diabetes Mellitus. Para elaboração do plano de intervenção foram utilizados os conceitos relativos ao Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), conforme apresentado no módulo de planejamento e avaliação das ações em saúde. Espera-se que a partir da implantação do plano de ação, haja um aumento do número de pacientes diabéticos na adesão ao tratamento de modo adequado. Para isso, os profissionais de saúde necessitam de ter um conhecimento avançado sobre a prevenção, o controle 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.

Palavras-chave: Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a serious public health problem in Brazil and in the world. Its prevalence is growing worldwide and is related in large part to the process of population aging. The lack of adherence to drug treatment or therapeutic is a challenge faced by health professionals working in primary health care in our country. The aim of this work was to draw up a contingency plan for a better adhesion of the patients to the control and treatment of diabetes mellitus type2 in basic health unit Pastor Marciano Rita, in Central de Minas/Minas Gerais. This work was based on a review of narrative literature. Was accomplished through bibliographical survey using computerized data bases the Virtual Health Library. Was made a judicious and objective reading of articles, especially the parts that could match the presentation of a conceptual base to support the desired operating plan. From the study it was possible to learn about the factors that influence the non-adherence to the treatment of diabetic patients are: inadequate habits and lifestyle, low level of information on diabetes mellitus. For drawing up the contingency plan were used the concepts related to the Situational Strategic Planning (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) as presented in the planning and evaluation of health actions. It is expected that the implementation of the plan of action, there is an increase in the number of diabetic patients on treatment adherence.

Keywords: Family Health, Primary Health Attention, Diabetes Mellitus.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS: Atenção Básica em Saúde

CEABSF: Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família

DM2: Diabetes Mellitus tipo 2

DCV: Doença cardiovascular

ESF: Estratégia Saúde da Família

NESCON/UFMG: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais

PES: Planejamento Estratégico Situacional

UBS: Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 8 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 14 |
| 3 OBJETIVOS | 15 |
| 3.1 Objetivos Gerais | 15 |
| 3.2 Objetivos Específicos | 15 |
| 4 METODOLOGIA | 16 |
| 5 REVISÃO DA LITERATURA | 18 |
| 5.1 Diabetes Mellitus (DM) | 18 |
| 5.2 Adesão ao tratamento pelos pacientes diabéticos | 21 |
| 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO | 25 |
| 6.1 Diagnóstico Situacional da área de abrangência da UBS Pastor Marciano Rita | 26 |
| 6.2 Quadros de operações | 33 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 37 |
| REFERÊNCIAS | 38 |

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o médico que pertence ao Projeto Mais Médicos para o Brasil¹ atua como membro de uma Equipe de Saúde da Família (ESF). O médico dessa equipe tem a oportunidade de participar do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família (CEESF), na modalidade de educação à distância, oferecida pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O curso propicia a compreensão e o aprendizado de formas e ferramentas para planejamento de ações de promoção à saúde que podem ser adaptadas às necessidades dos municípios brasileiros.

As equipes de Saúde da Família possuem um importante papel na implementação do atendimento, por meio da criação de vínculos entre os profissionais e a comunidade. Promovem, assim, nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, buscando prestar assistência de acordo com as reais necessidades dessa população e identificando fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada (ROSA e LABATE, 2005).

O município de Central de Minas situa-se a sudeste de Minas Gerais e distante 326 quilômetros de Belo Horizonte, capital do estado. Possui uma população de 2.536 habitantes. A maior parte da população pertence a uma classe econômica menos favorecida. As principais atividades econômicas encontram-se na agropecuária, na agricultura de subsistência, no ramo artesanal, no comércio e na prestação de serviços, desenvolvidos por meio de pequenas unidades de produção, muitas vezes informais. Podemos perceber as mais diferenciadas condições de trabalho nesses diversos setores, onde predominam os riscos ergonômicos, físicos, químicos, biológicos e de acidentes. (IBGE, 2014).

¹ O Projeto Mais Médicos para o Brasil foi instituído pelo Art. 13 da Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013 (DOU nº 206, de 23/10/2013). Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/60808762/dou-secao-1-23-10-2013-pg-1/pdfView>>. Acesso em: 12 jul 2016.

No município, a estrutura organizacional do serviço de saúde é composta por uma ESF e duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que atendem a demanda programada e espontânea, juntamente com as urgências e emergências. São realizados atendimentos e serviços relativos aos programas da Atenção Básica (AB), de baixa e média complexidade, incluindo o Teste do Pezinho, imunizações, puericultura, planejamento familiar, exames laboratoriais, exames preventivos ginecológicos, cirurgias ambulatoriais, eletrocardiogramas, entre outros. Nas UBS, parte dos atendimentos é realizada de acordo com a demanda espontânea, com exceção do Pré-Natal e das Imunizações que são realizadas por busca ativa. As visitas domiciliares são realizadas quando necessário, com a necessidade identificada por qualquer membro da equipe.

A Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica à Saúde (ABS) é o primeiro nível de contato, a porta de entrada dos indivíduos, das famílias e da comunidade no sistema de atenção à saúde, 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 oferecido na UBS e no domicílio pelos profissionais da saúde que compõem as equipes de Saúde da Família. (BRASIL, 1993 apud ASSUNÇÃO e URSINE, 2008).

A organização da equipe de saúde da família é constituída por médico, enfermeiro, auxiliares / técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Segundo Assunção (2004), os ACS são os principais instrumentos para a consolidação do PSF, por trabalhar com a família, em uma área adstrita e ter acesso ao modo de vida dessa população. O Ministério da Saúde registra as atribuições específicas a cada profissional da equipe da ESF, como se segue:

Médico:

I - realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;

II – realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV- encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário;

V- indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação o hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe;

VII – participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USB.

Enfermeiro:

I - realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV – planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;

V - contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe;

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Auxiliar/técnico de enfermagem:

I - participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

II - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

III - realizar ações de educação em saúde a população adstrita, Conforme planejamento da equipe;

IV – participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

V - contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

Agente Comunitário de Saúde:

I - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a micro área;

II - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

III - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;

VI – desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e

VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe. Assim, a equipe da ESF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente (BRASIL, 2011, p. 43).

Foi realizado um diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe da ESF do bairro Pastor Marciano Rita, com o objetivo de compreender o perfil e as principais demandas da comunidade assistida, na área da saúde.

Diante dos resultados levantados pela equipe, observou-se que muitos problemas estavam relacionados a fatores sociais, econômicos e políticos. Vários foram os problemas visualizados pelo diagnóstico e, entre eles, a hipertensão e a diabetes como doenças predominantes na população, principalmente na faixa etária acima de 40 anos.

O Diabetes Mellitus (DM) foi o problema escolhido como prioritário para propor um plano de ação, pois, ao desenvolver o diagnóstico, observou-se que o número de pacientes diabéticos na área de abrangência do bairro Pastor Marciano Rita era muito grande e, constantemente, novos casos dessa doença aparecem nessa unidade.

O manejo dessa doença envolve também o cuidado de outros problemas de saúde pública muito frequentes relacionados tanto desencadeamento da doença quanto ao controle de fatores de risco associadas à mesma: sedentarismo, obesidade, alimentação inadequada, hipertensão arterial e tabagismo (BRASIL, 2006).

A prevalência do diabetes vem crescendo mundialmente e está relacionada em grande parte ao processo de envelhecimento populacional (SCHMIDT *et al.*, 2009).

Observa-se a dificuldade na manutenção no controle do Diabetes Mellitus nos pacientes pode estar relacionada à falta de adesão ao tratamento. Dessa forma, torna-se relevante, e de suma importância, a identificação dos fatores envolvidos na dificuldade de adesão ao tratamento dos pacientes com DM2 para uma adequada programação das ações voltadas para abordar esse problema no município de Central de Minas, Minas Gerais.

2 JUSTIFICATIVA

O Diabetes Mellitus constitui um problema de saúde no Brasil e um dos fatores de risco para o aparecimento de outras doenças como, por exemplo, cardíacas, cerebrais e renais, o que demanda um controle muito rígido para evitarem-se complicações da doença. Em nosso município existe uma alta prevalência de Diabetes Mellitus, com 93 pacientes registrados com DM2 em nossa área de abrangência (CENTRAL DE MINAS, 2014).

Durante as consultas programadas percebe-se a dificuldade na manutenção da glicose capilar em níveis adequados nesses pacientes, o que pode estar relacionado a outros fatores de risco associados à doença e à não adesão ao tratamento médico. Esta situação demanda de nossa equipe ações que possibilitem um melhor controle e prevenção de complicações da doença.

A alta prevalência de DM2 na UBS Pastor Marciano Rita e o grande número de pessoas com níveis de glicose não controlados aumentam a possibilidade de eventos cardiovasculares e cerebrais. A falta de controle do nível de glicose pode ocasionar lesões de pele como, por exemplo, as úlceras (BRASIL, 2013). Complicações como o pé diabético também podem ocorrer, levando a pessoa com diabetes adquirir deficiência física por amputação de membros e internações hospitalares que têm alto impacto na qualidade de vida dos pacientes. Por ser uma das três primeiras causas de óbito e internamento em nível mundial, considero importante realizar este estudo. Sendo a DM2 passível de controle, poderemos programar ações de saúde para enfrentamento deste problema.

Houve participação da equipe do NASF no diagnóstico situacional realizado, como também da análise dos problemas identificados. Considero que, em nível local, temos recursos humanos e materiais para desenvolver um projeto de intervenção com viabilidade de implantação.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção com o objetivo de estimular a adesão ao tratamento pelos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), na UBS Pastor Marciano Rita do município Central de Minas, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os pacientes com DM2 cadastrados na UBS que apresentam dificuldade em aderir ao tratamento.
- Avaliar o nível de conhecimento dos pacientes sobre a DM.
- Identificar os fatores que interferem na baixa adesão ao tratamento dos pacientes cadastrados na UBS.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste Plano de Intervenção foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) que transcorre por quatro momentos (MATUS, 1989, 1993, apud CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010):

1 - Momento explicativo: identificação da situação atual, procurando conhecer, priorizar e analisar os problemas.

2 - Momento normativo: elaboração de propostas de soluções (formulação de soluções para o enfrentamento do problema identificado).

3 - Momento estratégico: análise e construção das propostas elaboradas, formulando estratégias para alcançar o objetivo traçado.

4 - Momento tático-operacional: momento de execução do plano.

Além de uma revisão de literatura sobre o tema visando identificar as principais dificuldades para adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus.

Inicialmente, foi realizado um levantamento de artigos, monografias, teses e dissertações nacionais na internet (banco de dados), Biblioteca Virtual do NESCON, artigos científicos publicados em periódicos nas bases de registro de bibliografias eletrônicas disponíveis: Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS); MEDLINE. *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS).

Os descritores utilizados foram: Diabetes Mellitus, equipe do PSF, Planejamento em Saúde.

Para a seleção das publicações foi selecionado o período de publicação de 2000 a 2016 e o idioma português. Cada artigo foi submetido à leitura para avaliação do conteúdo e para verificar se possuíam elementos que serviriam de base para análise conceitual pretendida.

Posteriormente, realizou-se uma leitura criteriosa e objetiva dos artigos que constituíram as referências deste trabalho, destacando-se, durante a leitura, os trechos que poderiam corresponder à apresentação de uma base conceitual de suporte ao plano operativo pretendido.

Para elaboração do plano de intervenção foram utilizados os conceitos relativos ao Planejamento Estratégico em Saúde (PES), conforme apresentado no módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Como apoio à elaboração do texto e normalização bibliográfica foi utilizado o módulo de Introdução à metodologia: textos científicos (CORREA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) é uma das doenças crônicas não transmissíveis de alta incidência e atualmente considerada um problema de saúde prioritário, segundo o Ministério da Saúde. O DM é definido como 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 diabetes causou 4,9 milhões de mortes no mundo em 2014 e foi responsável por 11% do gasto total com a saúde de adultos: um custo estimado de 612 milhões de dólares (IDF, 2014). Segundo Malta *et al.*(2014), no Brasil essa enfermidade foi responsável por 5,3% dos óbitos ocorridos em 2011, com taxa de mortalidade de 33,7 óbitos a cada 100 mil habitantes, apesar da redução de 1,7% ao ano verificada no período 2000-2011. (IDF, 2014)

A mortalidade por complicações agudas da doença, quase sempre preveníveis pelo pronto atendimento, mostrou uma taxa de 2,45 óbitos por 100 mil habitantes em 2010, sendo de 0,29 por 100 mil habitantes entre os menores de 40 anos de idade. A Federação Internacional do Diabetes (IDF) estima que o número de pessoas com diabetes no mundo em 2013 era de 387 milhões de pessoas, 46% delas sem diagnóstico prévio (IDF, 2014). Para a América Central e a América do Sul, essa estimativa era de 24 milhões de pessoas, podendo chegar a 38,5 milhões em 2035 – um aumento projetado de 60%. Para o Brasil, o contingente estimado, de 11,9 milhões de casos, pode alcançar 19,2 milhões em 2035 (IDF, 2014).

Na maioria dos casos o diabetes é assintomático, cerca de 50% dos pacientes desconhecem a doença. Quando as manifestações clínicas estão presentes o paciente apresenta hiperglicemia, que leva à poliúria, polidipsia, polifagia,

perda de peso involuntário, fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, e disfunção erétil (BRASIL, 2006).

O diabetes, além de representar um problema imediato, também tem como consequência que a situação dos indivíduos que dela padecem piora com o passar do tempo quando começam a aparecer as complicações derivadas de um mau controle glicêmico e de fatores associados. Esses pacientes têm que enfrentar diversos problemas, os quais podem afetar sua qualidade de vida. É uma doença que persiste por toda a vida, e, no transcorrer dela, surgem múltiplas complicações, algumas vezes acompanhadas de outras doenças crônicas (FARIA, 2008).

Segundo Maia, Silva e Carvalho (2005), o objetivo de se tratar o diabetes é diminuir os níveis sanguíneos de glicose para prevenir as complicações associadas a ela. O controle da dieta, a redução de peso corporal através de exercício físico, o uso de hipoglicemiantes orais ou injetáveis e a higienização bucal diária são meios para controlar o nível glicêmico.

O DM pode ser classificado, de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2014 – 2015), em: DM1, Autoimune, Idiopático, DM2, outros tipos de DM e DM Gestacional².

Entre os brasileiros na faixa etária de 60 a 69 anos, 17,4% tem DM. Já na população em geral, a prevalência dessa doença é de 7,4%. Sabe-se que a intolerância ao carboidrato aumenta com a idade, sendo essa alteração responsável pela elevação da glicemia. Além disso, outros fatores podem contribuir, como o aumento da massa adiposa, a diminuição da massa magra, a diminuição da atividade física, doenças coexistentes, maior ingestão de carboidratos, polifarmácia e, eventualmente, uso de fármacos com ação hiperglicemiante ou antagônica à insulina, como os corticoides. (BRASIL, 2013).

² Detalhamento sobre cada classificação ver DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2015 – 2016. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>.

No caso do paciente ser obeso, recomenda-se uma dieta hipocalórica, devendo-se evitar perda substancial e rápida de peso. Do total de calorias ingeridas, 15 a 20% devem ser na forma de proteínas, 40% na forma de gorduras e 40 a 45% na forma de carboidratos complexos. Já nos idosos magros devemos limitar apenas a ingestão de açúcares de rápida absorção, pois dietas hipocalóricas não têm significado (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Essa é uma doença que deve ser mais controlada para diminuir sua morbidade e mortalidade, pois esses números são potencialmente evitáveis, o DM é uma doença suscetível a tratamento, tanto de mudanças no estilo de vida, quanto farmacológico, e esse último pode não estar sendo realizado corretamente pelo idoso, porque ele não percebe a doença e acaba não aderindo ao tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2002).

A atividade educativa dirigida à população deve ter como objetivo prevenir a Diabetes Mellitus e deve ser focado na redução dos fatores de risco para DM e na redução do uso de medicamentos. As estratégias recomendadas devem orientar sobre uma alimentação saudável com aumento do consumo de verduras e frutas, diminuição da ingestão de gorduras e a prática de atividade física e assim fazer controle do peso e estímulo ao autocuidado e a promoção de uma vida saudável (TORRES; PEREIRA; ALEXANDRE, 2011).

Quanto ao conhecimento sobre a DM, os resultados de um estudo feito por Pace *et al.* (2006), no interior de São Paulo, ressaltaram a importância do autocuidado e Diabetes Mellitus e constataram que apenas 28,6 % dos entrevistados tinham um conhecimento básico da sua doença.

O baixo nível de educação pode limitar o acesso à informação, devido ao possível comprometimento das habilidades de ler, escrever, ouvir ou falar. As pessoas com baixos níveis de educação também não parecem apreciar as medidas de prevenção de doenças, e, geralmente, demoram em procurar assistência médica, uma situação que aumenta a morbimortalidade pela doença (MORALES *et al.*, 2013).

A educação em saúde é um dos pilares da promoção à saúde que deve ser planejada objetivando criar condições para produzir mudanças de comportamento em relação à saúde e os aspectos biopsicoculturais devem ser considerados, a sensação de bem estar e os desejos pessoais, respeitando as crenças e as atitudes, para que a intervenção educativa tenha impacto sobre o comportamento, além disso, as representações sociais devem ser levadas em consideração (AMORIM, 2013).

5.2 Adesão ao tratamento pelos pacientes diabéticos

O cuidado da pessoa com DM deve ser multiprofissional. O objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente. Tem por finalidade reduzir o risco das doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. Um dos desafios das equipes de Atenção Básica (AB) é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados, mantendo o acompanhamento regular desses pacientes e motivando-os à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (BRASIL, 2013).

A adesão ao tratamento está presente quando o necessário para se manter a DM controlada coincide com as atitudes e hábitos comportamentais do usuário. Essa definição expressa o sentido de “*compliance*”, que implica na concordância do paciente com as recomendações, pressupondo-se que o paciente conheça as alternativas terapêuticas e participe das decisões sobre seu tratamento (BRASIL, 2013). Sobre o tema adesão ao tratamento da DM, vários fatores foram associados ao fato dos pacientes aderirem ou não ao tratamento. Dentre eles podem ser citados os aspectos sociodemográficos, o conhecimento e/ou crenças do paciente sobre a DM e o apoio familiar e social (BRASIL, 2013).

O conhecimento e as crenças que os diabéticos têm sobre a patologia constituem importantes antecedentes para o entendimento da adesão ao tratamento da DM, sendo fundamental nesse processo a percepção que os

pacientes têm acerca da doença (BRASIL, 2013). Os pacientes não a encaram como um problema de saúde que necessite de tratamento pela falta de conhecimentos que têm os pacientes e familiares acerca desta doença.

A falta de adesão do paciente, ou seja, a dificuldade do paciente em usar a medicação prescrita, seguir a dieta ou modificar seu estilo de vida, de acordo com as orientações da equipe multidisciplinar, é um problema sempre presente na prática clínica (FARIA, 2008).

Há muitas variáveis que podem influenciar a adesão, e não há consenso acerca de qual tem maior influência na adesão ao tratamento. Segundo publicação da Organização Pan-americana de Saúde (2004), a OMS destacou diversos fatores relacionados a este problema e podem ser agrupados em cinco dimensões relacionadas a:

- 1) **Pessoas:** são os fatores ligados ao conhecimento sobre a doença, atitudes, crenças, percepções, expectativas. Motivação para se tratar, capacidade de se envolver em comportamentos de adesão. Pode-se destacar a convivência com pessoas próximas, motivo de extrema satisfação, fazendo com que os encontros frequentes para a realização de alguma atividade tornem-se uma rotina em suas vidas, o que também proporciona uma ajuda no controle metabólico. Neste caso, o apoio e incentivo das pessoas próximas são indispensáveis (MONTEIRO *et al.*, 1998 apud ASSUNÇÃO e URSINE, 2008);
- 2) **Doença:** fatores vinculados à gravidade dos sinais e sintomas, ou mesmo ausência deles (pacientes assintomáticos), ao grau de incapacidade, à velocidade de progressão da doença, à disponibilidade de tratamentos efetivos, à percepção de risco, à importância e à prioridade do tratamento;
- 3) **Tratamento:** fatores ligados à complexidade do regime terapêutico, à duração, ao fracasso de tratamentos anteriores, às mudanças frequentes de tratamento, aos efeitos colaterais, e à disponibilidade dos profissionais para esclarecimento de dúvidas;

- 4) **Sistemas e/ou equipe de saúde:** fatores vinculados à relação com a equipe de saúde. Alguns fatores podem influir negativamente como, sistema deficiente de distribuição de medicamentos, falta de treinamento do pessoal no controle de doenças crônicas, sobrecarga dos trabalhadores, consultas curtas, falta de valorização da equipe sobre adesão e carência de serviços de educação em saúde;
- 5) **Suporte social/econômico:** fator ligado à baixa renda, analfabetismo, desemprego, falta de rede de apoio familiar e social efetivos, condições de vida instáveis e alto custo da medicação. Um estudo realizado por Assunção e Ursine (2008), mostrou que pacientes portadores de DM residentes em área de alto risco tiveram menor adesão ao tratamento não farmacológico.

O 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 (SOUSA, 2003).

Na pesquisa realizada por Cintra, Guariento, Miyasaki (2010), somente a variável “arranjo familiar” mostrou associação estatisticamente significativa com a adesão ao tratamento. Dentre os que aderiam ao tratamento, a maior parte morava acompanhada, facilitando a adesão ao tratamento farmacológico. Os que moravam sozinhos apresentaram três vezes mais chances de não adesão ao tratamento. Nesta perspectiva, o profissional da saúde tem um papel 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.

Os profissionais de saúde necessitam 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 com DM. 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 (TAKAYANAGUI e GUIMARÃES, 2002).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A promoção da saúde e a prevenção de agravos identificam-se como os eixos fundamentais da Estratégia Saúde da Família (ESF). No entanto, a implementação dessa prática tem sido um desafio no cotidiano do trabalho da equipe. É fundamental, portanto, que encontros com a equipe não se reduzam à mera transmissão de informações dos profissionais de saúde para os usuários. Lolio *et al.* (1990) afirmaram a necessidade de reavaliação das práticas educativas por meio do trabalho com grupos na ESF.

O ato de planejar é inerente ao ser humano, todos planejam ao longo da vida. Essa atitude permite aproveitar melhor o tempo e os recursos disponíveis, aumentando as chances de alcançar os objetivos estimados (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O planejamento permite o diálogo, o compartilhamento e a participação de todos aqueles envolvidos na formulação e na operacionalização de um plano.

O PES, a partir dos seus fundamentos, propõe desenvolvimento de um planejamento através da incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Todo método de planejamento apresenta no seu desenvolvimento passos ou etapas seqüência lógica de ações ou estratégias. Matus (1993) apud Campos, Faria, Santos (2010, p. 30-31), identifica quatro momentos que caracterizam o processo de PES, citados abaixo:

1. Momento explicativo: busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas;
2. Momento normativo: são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas identificados, priorizados e analisados no momento explicativo;

3. Momento estratégico: busca-se analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para se alcançarem os objetivos traçados;
4. Momento tático-operacional: é o momento de execução do plano. Aqui devem ser definidos e implementados o modelo de gestão e os instrumentos para o acompanhamento e avaliação do plano.

Apesar de suas especificidades, esses momentos identificados por Matus (1993) encontram-se interligados na prática do planejamento, constituindo uma relação de complementaridade.

6.1 Diagnóstico Situacional da área de abrangência da UBS Pastor Marciano Rita

Uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência, é necessário que desenvolva um plano de ação para o problema escolhido, seguindo passo a passo conforme descrito abaixo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1.1 Primeiro Passo: definição dos problemas

Por meio de análise dos dados obtidos no diagnóstico situacional realizado, foram levantados os principais problemas apresentado no diagnóstico situacional da área de abrangência, são eles:

- Alta incidência de Diabetes Mellitus tipo 2
- A baixa adesão dos pacientes ao tratamento do Diabetes Mellitus
- Alto consumo de antidepressivos e ansiolíticos
- Elevada incidência de doenças cardiovasculares (Hipertensão)

6.1.2 Segundo Passo: priorização dos problemas

Nesse momento, foi realizada a priorização dos problemas, sendo necessária a seleção daqueles problemas a serem enfrentados. Como critério para a seleção dos problemas, a Equipe de Saúde estabeleceu alguns indicadores

como: a importância do problema, sua urgência e a capacidade para enfrentá-los. Estão descritos no Quadro 1. Após seleção, a baixa adesão dos pacientes ao tratamento do Diabetes Mellitus, foi indicada como prioridade 1.

Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da UBS Pastor Mariano Rita, Município de Central de Minas, Estado de Minas Gerais.

| Principais problemas | Importância | Urgência | Capacidade de enfrentamento | Seleção |
|--|-------------|----------|-----------------------------|---------|
| Alta incidência de Diabetes Mellitus tipo2 | Alta | 7 | Parcial | 2 |
| Baixa adesão ao tratamento pelos pacientes diabéticos | Alta | 7 | Parcial | 1 |
| Alto consumo de antidepressivos e ansiolíticos | Alta | 6 | Parcial | 4 |
| Elevada incidência de doenças cardiovasculares (Hipertensão) | Alta | 7 | Parcial | 3 |

Fonte: Adaptado de Campos; Faria; Santos (2010).

6.1.3 Terceiro Passo: descrição do problema selecionado

No terceiro momento, após a escolha do problema, é necessário que caracterize e descreva o mesmo para que haja uma melhor definição das intervenções (Quadro 2).

Quadro 2 – Descritores do problema “a baixa adesão dos pacientes ao tratamento do Diabetes Mellitus”.

| Descritores do problema | Valores(1) | Fonte |
|---|------------|-------|
| Portadores de DM (2) | 210 | SIAB |
| Diabéticos cadastrados(2) | 93 | SIAB |
| Diabéticos acompanhados pela unidade de saúde (2) | 93 | SIAB |
| % não fazem uso correto da medicação (3) | 47 (51)% | SIAB |
| Hospitalizações por DM (2) | 45 | SIAB |

Nota: (1) dados relativos ao ano de 2015. (2) Dado obtido pelo sistema de informação da prefeitura (SIAB). (3) Dado realizado pelas ACS.

Diante dos dados apresentados verifica-se que a quantidade de diabéticos acompanhados é muito inferior à quantidade de diabéticos cadastrados. Pelo fato de não haver atividades e com as dificuldades existentes na execução do programas que visem à prevenção do diabetes, verifica-se que a pelo processo de trabalho da equipe está inadequado o que dificulta o acompanhamento desses pacientes na área de abrangência da UBS Pastor Marciano Rita. Neste contexto, pode-se esperar o aumento do número de pessoas com Diabetes Mellitus, com possíveis casos de complicações da doença.

Entre os problemas identificados, foi priorizado a baixa adesão ao tratamento terapêutico pelos pacientes diabéticos. Uma das razões mais importantes para a abordagem desse tema é o elevado número de pacientes diabéticos que residem no município de Central de Minas (210, de acordo com o SIAB) os quais, em sua maioria, são atendidos na UBS Pastor Marciano Rita - são 93 pacientes diabéticos cadastrados, entre as idades de 30 a 60 anos. Desses, mais de 60% mantêm cifras de glicose elevadas e mais de 50% apresentam dificuldade na adesão ao tratamento médico.

6.1.4 Quarto passo: explicação do problema

Essa etapa tem como objetivo compreender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas.

Causas relacionadas aos pacientes:

- Baixa escolaridade, dificultando o entendimento do tratamento.
- Sintomatologia da doença.
- Crença e/ou falta de conhecimento dos pacientes e familiares sobre a Diabetes Mellitus.
- Falta de apoio familiar, costumes, cultura, nível socioeconômico e analfabetismo.

Causas fundamentais:

- A crença e/ou falta de conhecimento dos pacientes e familiares sobre a Diabetes Mellitus. Os pacientes não percebem a diabetes como uma doença, referindo que não estão sentindo nenhuma sintomatologia e que eles não são diabéticos, portanto não têm conhecimento dos riscos e complicações que podem acontecer em longo prazo.
- Falta de apoio familiar, costumes, cultura, nível socioeconômico e analfabetismo são outros determinantes sociais que influem para o abandono do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, o que dificulta o cumprimento das orientações médicas relacionadas com uma alimentação saudável para a mudança de estilo de vida.

Como consequência tem-se a dificuldade para o controle dos valores de glicose, o que origina aumento de riscos cardiovasculares e cerebrais, infarto agudo do miocárdio e doenças renais crônicas que podem aumentar as internações hospitalares, além da possibilidade de produzir invalidez e óbitos com aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário. (BRASIL, 2013).

6.1.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Esse passo requer a análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. Para realizar essa análise é necessário utilizar o conceito de “nó crítico” proposto pelo PES.

O conceito de nó crítico, que se entende como o tipo de causa de um problema que, quando atacado, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo, traz uma ideia de algo sobre o qual se pode intervir, ou seja, que está dentro do espaço de governabilidade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

Foram eles:

- Baixo nível de informação dos pacientes com DM e seus familiares acerca da doença;
- Hábitos e estilos de vida inadequados que favorecem o aparecimento de problemas cardiovasculares.
- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado

6.1.6 Sexto passo: Desenho das operações

Nessa etapa é realizado o desenho das operações, que consiste em descrever operações/projetos para enfrentar os “nós críticos”, identificar os produtos e resultados para cada operação definida e por último identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

6.1.7 Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos

O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos em cada operação. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 3 - Identificação dos recursos críticos para execução da proposta de intervenção.

| | |
|--|---|
| Operação / Projeto. | |
| Nível de informação insuficiente | <p>Cognitivos: conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos.</p> <p>Organizacionais: Organização da agenda</p> |
| Hábitos e Estilos de vida inadequados | <p>Organizacionais: para organizar as caminhadas.</p> <p>Cognitivo: informação sobre o tema.</p> <p>Político: conseguir espaço local e articulação intersetorial.</p> <p>Financeiros: folhetos educativos, recursos audiovisuais.</p> |
| Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado | <p>Organizacional: adequação do fluxo de referência e contrarreferência.</p> <p>Político: articulação entre os setores de setores de saúde e adesão dos profissionais</p> |

6.1.8 Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano

Mostra as ações estratégicas criadas para realizar os projetos, os atores que estão ligados diretamente ao controle dos recursos críticos e a motivação desses quanto à possibilidade de exercê-los.

Quadro 4 - Análise de viabilidade da proposta de intervenção

| Operação / Projeto | Recursos críticos | Controle dos recursos críticos Ator que controla Motivação | Ação Estratégica |
|---|--|--|--|
| Aumentar o nível de informação da população sobre DM | Cognitivos: conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos. Organizacionais: Organização da agenda | Gerência da UBS: favorável | Apoio da Secretaria de Saúde. |
| Modificar hábitos e estilos de vida da população. | Organizacionais: para organizar as caminhadas. Cognitivo: informação sobre o tema. Político: conseguir espaço local e articulação intersetorial. Financeiros: folhetos educativos, recursos audiovisuais. | Gerência da UBS: Favorável | Cumprir projetos Apresentar estratégias de trabalho |
| Modificar a linha de trabalho para atender os portadores de diabetes e adequar fluxo de referência e contra-referência. | Organizacional: adequação do fluxo de referência e contrarreferência. Político: articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais. | Ator que controla: profissionais de saúde e Secretário Municipal de Saúde. Motivação: Alguns são favoráveis e outros são indiferentes | Apresentar projeto de promoção de saúde e convencer os membros da equipe na otimização do trabalho |

6.1.9 Nono passo: Elaboração do plano operativo

Esboça o esquema do plano operativo propriamente dito. Expondo para cada operação desenvolvida, os resultados e os produtos esperados, as ações estratégicas a serem realizados, os responsáveis para coordená-las e o prazo estimado para criá-las e colocá-las em andamento.

Quadro 5: Elaboração do plano operativo. Gestão de Plano

| Operação / Projeto | Ação Estratégica | Resultados Esperados | Responsável |
|---|--|---|--|
| Aumentar o nível de informação da população sobre DM | Apresentar projeto para a Equipe / Estruturação das redes | População mais informada sobre a DM | Equipe de Saúde da Família / Secretaria Municipal de Saúde |
| Modificar hábitos e estilos de vida da população | Apresentar projeto para a Equipe/Estruturação das redes | Diminuir o número de pacientes com Hábitos e Estilos de vida inadequados | Equipe de Saúde da Família/Secretaria Municipal de Saúde |
| Modificar a linha de trabalho para atender os portadores de diabetes e adequar fluxo de referência e contra-referência. | Apresentar projeto de promoção de saúde e convencer os membros da equipe na otimização do trabalho | Orientação e treinamento da equipe para uma assistência de qualidade ao paciente. | Gerente da unidade e enfermeira |

6.1.10 Décimo passo: gestão do plano

Nessa parte é realizado um modelo de gestão do plano, no qual consiste em discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

6.2 Quadros de operações

A partir dos “nós críticos” identificados, as operações e projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução foram descritos nos quadros 3,4 e 5

Segundo ações relativas aos nós críticos. Seguem-se os quadros 6, 7 e 8, apresentando o plano de intervenção sobre os três nós críticos, planejado conforme os dez passos citados.

Quadro 6 - Operação sobre o nó crítico 1, relacionado ao problema da baixa adesão ao tratamento da DM2, pelos pacientes da UBS Pastor Marciano Rita, do município de Central de Minas, estado de Minas Gerais

| | |
|---------------------------------------|---|
| NÓ CRÍTICO 1 | Baixo nível de informação da população acerca do Diabetes Mellitus |
| OPERAÇÃO | Aumentar o nível de informação da população sobre a Diabetes Mellitus |
| PROJETO | Capacita-se a população |
| RESULTADOS ESPERADOS | População mais informada sobre a Diabetes Mellitus |
| PRODUTO ESPERADO | Intervenção na reunião de equipe e com a comunidade. |
| RECURSOS NECESSÁRIOS | Cognitivos: conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos. Organizacionais: Organização da agenda |
| RECURSOS CRÍTICOS | Político: mobilização intersetorial (secretarias da saúde e educação). Organizacional: cumprimento de agenda |
| CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS | Ator que controla: Secretário da Educação e Saúde e profissionais de saúde da estratégia saúde da família. Motivação: Favorável. |
| AÇÃO ESTRATÉGICA | Apresentar projeto para a Equipe/Estruturação das redes |
| RESPONSÁVEL | Equipe de Saúde da Família/Secretaria Municipal de Saúde |
| PRAZO | Um mês para planejamento das ações |
| ACOMPANHAMENTO | Relatório de presença dos participantes nas palestras e oficinas |

Quadro 7 - Operação sobre o nó crítico 2, hábitos e estilos de vida inadequados, relacionado ao problema da baixa adesão ao tratamento da DM2, pelos pacientes da UBS Pastor Marciano Rita, do município de Central de Minas, estado de Minas Gerais.

| | |
|---------------------------------------|--|
| NÓ CRÍTICO 2 | Hábitos e Estilos de vida inadequados que favorecem o aparecimento de problemas cardiovasculares |
| OPERAÇÃO | Modificar hábitos e estilos de vida da população. |
| PROJETO | Viver bem |
| RESULTADOS ESPERADOS | Diminuir o número de pacientes com Hábitos e Estilos de vida inadequados |
| PRODUTO ESPERADO | Aumento da motivação da equipe sobre o nível de informação da população de risco. Programa Educativo na população |
| RECURSOS NECESSÁRIOS | Organizacionais: para organizar as caminhadas. Cognitivo: informação sobre o tema. |
| RECURSOS CRÍTICOS | Político: mobilização intersetorial (secretaria da saúde e educação). Organizacional: cumprimento de agenda |
| CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS | Ator que controla: Secretários da Educação e Saúde e profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. Motivação: Favorável. |
| AÇÃO ESTRATÉGICA | Apresentar projeto para a Equipe/Estruturação das redes |
| RESPONSÁVEL | Equipe de Saúde da Família / Secretaria Municipal de Saúde |
| PRAZO | 15 dias para fabricação do folder. Um mês para início das atividades físicas |
| ACOMPANHAMENTO | Reunião mensal da equipe de saúde |

Quadro 8 - Desenho das operações sobre o nó crítico processo de trabalho da equipe de saúde inadequado, relacionado ao problema baixa adesão ao tratamento do DM2, pelos pacientes da UBS Pastor Marciano Rita, do município de Central de Minas, estado de Minas Gerais.

| | |
|---------------------------------------|---|
| NÓ CRÍTICO 3 | Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado |
| OPERAÇÃO | Modificar a linha de trabalho para atender os portadores de diabetes e adequar fluxo de referência e contrarreferência. |
| PROJETO | Cuidar - Sempre |
| RESULTADO ESPERADO | Orientação e treinamento da equipe para uma assistência de qualidade ao paciente. |
| PRODUTO ESPERADO | Capacitação da equipe. Protocolo de atendimento implantado. Projeto de promoção de saúde para diabético implantado. |
| RECURSOS NECESSÁRIOS | Cognitivo: elaborar projeto de promoção de saúde e protocolo de atendimento. Organizacional: adequação de fluxos (referência e contra referência). Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. |
| RECURSOS CRÍTICOS | Organizacional: adequação do fluxo de referência e contrarreferência. Político: articulação entre os setores de setores de saúde e adesão dos profissionais. |
| CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS | Ator que controla: Profissionais de saúde e Secretário Municipal de Saúde. Motivação: alguns são favoráveis e outros são indiferentes |
| AÇÃO ESTRATÉGICA | Apresentar projeto de promoção de saúde e convencer os membros da equipe na otimização do trabalho. |
| RESPONSÁVEL | Gerente da unidade e enfermeira. |
| PRAZO | Um mês para capacitação da equipe Seis meses para implantação do protocolo de atendimento e projeto de promoção de saúde. Um ano para reavaliar as ações de promoção de saúde, referência e contra-referência. |
| ACOMPANHAMENTO | Reuniões com a equipe para avaliar as melhorias implementadas (frequência mínima bimestral). |

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em se tratando da adesão a um tratamento, verificou-se que há inúmeras questões envolvidas no sucesso ou no fracasso em obtê-la.

A forma como os profissionais de saúde relacionam-se com os pacientes diabéticos é um ponto chave para adesão ao tratamento desta doença. Os profissionais que atuam junto à clientela de diabéticos devem estar atentos a todos os aspectos do plano terapêutico, compreendendo que o esquema medicamentoso, embora importante, não garante, por si só, o sucesso do tratamento.

O presente trabalho procurou demonstrar que, apesar do número alto de pacientes com DM2, poucos fazem o acompanhamento adequado nos centros de saúde, o que agrava as complicações da mesma. A falta de adesão ao tratamento é multicausal, mas enfrentando-se as principais causas é possível mudar-se este cenário. O plano apresenta um estudo sobre as questões de adesão/não adesão dos pacientes e propõe ações concretas que, caso venham a ser executadas, podem propiciar uma melhor qualidade de vida aos pacientes com DM.

A presente proposta poderá ser útil para os profissionais de saúde, levando-os a refletir sobre suas relações interpessoais com o paciente com DM e estimulando-o a aderir ao tratamento. Esse desafio é, sobretudo, da Atenção Básica, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde, que atua como equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e usuários.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M. A., *et al.* Intervenção Educativa na Diabetes Mellitus. **Rev. Psic., Saúde & Doenças**. Vol. 14, n. 1. Lisboa, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000100011>. Acesso em: 12 jul 2016.

ARAÚJO, M. R. N.; ASSUNÇÃO, R. S.. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e a prevenção de doença. **Rev. Bras. de Enferm.** Brasília (DF). 2004,, jan/fev. 57(1). p. 19 – 25. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n1/a04v57n1.pdf> >. Acesso em: 19 jul 2016.

ARAÚJO, T. L. *et al.* Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. **Rev. Soc. Card.** Estado de São Paulo, v. 8, n.2(Supl. A) p.1–6, 1998. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=ink&exprSearch=266107&indexSearch=ID>>. Acesso em: 19 jul 2016.

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**, vol. 13, sup. 2, p. 2189 - 2197, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000900024&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 jul 2016.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>>. Acesso em: 20 jul 2016.

BRASIL. Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Poder Legislativo, Brasília, DF, 23 out 2013. p. 1 – 4. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/60808762/dou-secao-1-23-10-2013-pg-1/pdfView>>. Acesso em: 12 jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas. **Caderno de Atenção Básica**, n. 35. Brasília, 2014. 162 p.. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Acesso em: 21 jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Painel de indicadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_promocao_saude.pdf >.Acesso em: 20 jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. **Informe Técnico 1993**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/>>. Acesso em 20 jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 out, 2011.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.

Acesso em: 15 mai 2014.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; 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.

Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_aval_iacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 14 jan 2013.

CASTRO, V. D.; CARDOSO, M. R..O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34, n.2, 2000. p.138 – 144. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n2/v34n2a04>>.

Acesso em: 20 jul 2016.

CENTRAL DE MINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Registro Estatístico. 2014**. Disponível em: <<http://www.centraldeminas.mg.gov.br/>>. Acesso em: 20 jul 2016.

CINTRA, F. A.; GUARIENTO, M. E.; MIYASAKI, L. A.. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 3, Rio de Janeiro. Nov. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900025>. Acesso em: 20 jul 2016.

CORRÉA; E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L.. **Iniciação à metodologia científica**: participação em eventos e elaboração de textos científicos. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1760.pdf>>. Acesso em: 21 jul 2016.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2007. **Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus**. Disponível em:

<http://www.cff.org.br/userfiles/file/noticias/Diretrizes_SBD_2007%5B1%5D.pdf>.

Acesso em: 20 jul 2016.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **DIRETRIZES SBD 2015 – 2016**. Disponível em:

<<http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>. Acesso em: 20 jul 2016.

ESTRADA, M. M. *et al.*. Evaluación del nivel educativo del paciente diabético en la atención primaria de salud. **Mediciego**; 12(supl.2)sept. 2006. tab.

Disponível em:

<http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol12_supl2_06/articulos/a3_v12_supl206.html>. Acesso em: 20 jul 2016.

FARIA, H. T. G.. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**. Vol 17, n. 1. Ribeirão Preto. Jan / Fev 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000100008&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 19 jul 2016.

GUIMARÃES, F. P.; TAKAYANAGUI, A. M. G.. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Nutr.** vol. 15 n. 1. Campinas, jan 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732002000100005>. Acesso em: 21 jul 2016.

IBGE. **Divisão Territorial do Brasil**. *Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais*. Rio de Janeiro, IBGE, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_dtb_int.shtm>. Acesso em: 14 jul 2016.

IBGE. **Estimativas de população 2014**. Rio de Janeiro, IBGE, 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_dou.shtm>. Acesso em: 14 jul 2016.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. Six edition. 2014. Disponível em: <https://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_EN.pdf>. Acesso em: 20 jul 2016.

LOLIO, C. A. Epidemiologia da Hipertensão Arterial. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, 24(5). 1990. p. 425 – 432. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/23769/25805>>. Acesso em: 20 jul 2016.

MAIA, F. R.; SILVA, A. A. R.; CARVALHO, Q. R. M.. Proposta de um protocolo para atendimento odontológico do paciente na atenção básica. **Rev. Esp. Saúde**, v.7, n.1, p.16-29, 2005.

MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, 23(4):599-608, out-dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00599.pdf>>. Acesso em: 20 jul 2016.

MONTEIRO, H. L. *et al.* Fatores socioeconômicos e ocupacionais e a prática de atividade física regular: estudo a partir de policiais militares em Bauru, São Paulo. **Motriz**, Volume 4, Número 2, Dezembro/1998. p.91 – 97. Disponível em: <http://www.rc.unesp.br/ib/efisica/motriz/04n2/4n2_ART3.pdf>. Acesso em: 20 jul 2016.

PACE, A. E. *et al.* El conocimiento sobre diabetes mellitus en el proceso de auto cuidado. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**. 2006, setembro-outubro; 14(5). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a14.pdf>. Acesso em: 20 jul 2016.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. Ranking IDH-M dos municípios. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013** (Com dados dos censos 1991, 2000 e 2010). Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/ranking-idhm-municipios-2010.aspx>>. Acesso em: 21 jul 2016.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa de Saúde da Família: a construção de um novo modelo assistencial. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**. 2005, novembro-dezembro. 13 (1027). 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016>. Acesso em: 21 jul 2016.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J.. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública**. V. 19, supl. 1, Rio de Janeiro. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700004>. Acesso em: 21 jul 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso Brasileiro sobre Diabetes. **Diagnóstico e Classificação do Diabetes Mellitus e Tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2**. Maio de 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consenso_bras_diabetes.pdf>. Acesso em: 20 jul 016.

SOUSA, M. R. M. G. C.. **Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2** [dissertação]. São Paulo: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, 2003. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/668>>. Acesso em: 21 jul 2016.

SCHMIDT, M.I. *et al.* Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada no inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl.2, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao801.pdf>>. Acesso em: 21 jul 2016.

TORRES, H. C.; PEREIRA, F. R. L.; ALEXANDRE, L. R. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em Diabetes Mellitus tipo 2. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo. v. 45, n. 5. Out. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a07.pdf>>. Acesso em: 21 jul 2016.