UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) – NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MIGDAELIS PEÑA RAMIREZ

INTERSETORIALIDADE E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: TRABALHO INTERSETORIAL COM PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO II DA U.B.S. MARIA RODRIGUES PORTO EM VARZEA DA VOLTA – MORAUJO / CE.

FORTALEZA - CE
2018

MIGDAELIS PEÑA RAMIREZ

INTERSETORIALIDADE E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: TRABALHO INTERSETORIAL COM PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO II DA U.B.S. MARIA RODRIGUES PORTO EM VARZEA DA VOLTA – MORAUJO / CE.

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em saúde da família e comunidade.

Orientador: Prof. Ms. Emanuel Moura Gomes.

FORTALEZA - CE

2018

R1i RAMIREZ, MIGDAELIS PENA RAMIREZ.
INTERSETORIALIDADE E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: Trabalho intersetorial com portadores de diabetes melitus tipo 2 da UBS de Varzea da Volta - Moraujo Ceará / MIGDAELIS PENA RAMIREZ RAMIREZ. – 2018.
37 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2018.
Orientação: Prof. Me. EMANUEL MOURA GOMES.

1. SAUDE. 2. DIABETES MELITUS. 3. INTERSETORIALIDADE. I. Título.

CDD 362.1

*OBSERVAÇÃO: Incluir Ficha Catalográfica.

Solicitação deverá ser feita apenas após a defesa de TCC

MIGDAELIS PEÑA RAMIREZ

INTERSETORIALIDADE E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: TRABALHO INTERSETORIAL COM PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO II DA U.B.S. MARIA RODRIGUES PORTO EM VARZEA DA VOLTA – MORAUJO / CE.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: 09/08/2018

BANCA EXAMINADORA

_____

Profº. Mestre Emanuel Moura Gomes.
Universidade Federal do Ceará

_____

Profº. Mestre Déborah Vasconcelos Aguiar
Universidade Federal do Ceará

_____

Profº.Mestre Isana Mara Aragão Frota
Universidade Federal do Ceará

RESUMO

O tema Diabetes Mellitus tipo II apresenta-se como um desafio importante para os profissionais que atuam no território da unidade básica de saúde Maria Rodrigues Porto em Várzea da Volta, Moraújo, Ceará. Esse cenário coaduna com a magnitude do problema para a saúde pública, uma vez que há estimativas de que o número de adultos com diabetes no mundo aumentará de 135 milhões em 1995 para 300 milhões no ano 2025. Nesse sentido, pensa-se como essa temática possui uma complexidade que instiga um trabalho intersetorial, com vistas a atingir uma promoção da saúde dos pacientes. Objetivou-se, portanto, promover a qualidade do autocuidado entre os usuários com diagnóstico de Diabetes Mellitus da U.B.S. Maria Rodrigues Porto por meio de trabalho intersetorial. Para tanto, realizou-se um projeto de intervenção através do qual, identificada a problemática de um número de pacientes considerável na UBS, e que fazem do medicamento sua forma mais significativa de tratamento da doença, resolveu-se intervir com uma ação intersetorial, envolvendo as secretarias de Saúde, Educação e Assistência Social. Como resultados, foi possível perceber uma formação e educação dos pacientes envolvidos quanto a DM II, bem como, a percepção dos profissionais envolvidos da importância deste trabalho intersetorial. Concluiu-se com isso que ao promover ações intersetoriais em saúde, os resultados são efetivos e perceptivos, e que trazem qualidade de vida à população alvo destas ações.

Palavras-chave: Intersetorialidade. Diabetes Mellitus. Inovação. Saúde da Família

RESUMEN

El tema Diabetes Mellitus tipo II se presenta como un desafío importante para los profesionales que actúan en el territorio de la unidad básica de salud Maria Rodrigues Porto en Várzea da Volta, Moraújo, Ceará. Este escenario coincide con la magnitud del problema para la salud pública, ya que hay estimaciones de que el número de adultos con diabetes en el mundo aumentará de 135 millones en 1995 a 300 millones en el año 2025. En ese sentido, se piensa como esa temática, tiene una complejidad que instiga un trabajo intersectorial, con miras a alcanzar una promoción de la salud de los pacientes. Se objetivó, por lo tanto, Promover la calidad del autocuidado entre los usuarios con diagnóstico de Diabetes Mellitus de la U.B.S. María Rodrigues Porto por medio de trabajo intersectorial. Para ello, se realizó un proyecto de intervención a través del cual, identificada la problemática de un número de pacientes considerable en la UBS, y que hacen del medicamento su forma más significativa de tratamiento de la enfermedad, se resolvió intervenir con una acción intersectorial, las secretarías de Salud, Educación y Asistencia Social. Como resultados, fue posible percibir una formación y educación de los pacientes involucrados en la DM II, así como la percepción de los profesionales involucrados en la importancia de este trabajo intersectorial. Se concluyó con eso que al promover acciones intersectoriales en salud, los resultados son efectivos y perceptivos, y que traen calidad de vida a la población objetivo de estas acciones.

Palabras clave: Intersectorialidad. Diabetes Mellitus. La innovación. Salud de la Familia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 7

2 PROBLEMA..... 9

3 JUSTIFICATIVA..... 10

4 OBJETIVOS..... 11

4.1 OBJETIVO GERAL..... 11

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS..... 11

5 REVISÃO DE LITERATURA..... 12

6 METODOLOGIA..... 17

7 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DA PROPOSTA INTERVENTIVA..... 21

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 25

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 27

APÊNDICE..... 29

1 INTRODUÇÃO

As demandas trazidas ao sistema de serviços públicos vêm se complexificando na atualidade em virtude do paradigma sistêmico e de risco, os quais provocam o profissional a pensar na iminência de um evento adverso acontecer e sobre a multiplicidade de fatores que interferem em um único fenômeno (JUNQUEIRA, 1997). Nesse sentido, o atendimento/assistência realizada a um indivíduo provoca no profissional a sensação de incapacidade de resolver a demanda e suscita uma nova necessidade: estabelecer uma inter-relação e parcerias entre serviços relacionados a diversas políticas públicas diferentes, tais como saúde, assistência social, direitos humanos, juventude, entre outras. Há cada vez mais experiências intersetoriais para garantir acesso às políticas públicas mais variadas e isso se aplica de forma direta na saúde da família (FEUERWERKER; COSTA, 2000). Esta é uma inovação, visto que até pouco tempo as diferentes esferas do serviço público trabalhavam cada uma com sua responsabilidade e poucas ações intersetoriais.

Considerando o nível estrutural dos serviços de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) prevê que a atenção primária seja a porta de entrada das pessoas no sistema de saúde como um todo, o que, por sua vez, faz com que se tenha um fluxo do paciente dentro do SUS e das políticas públicas de saúde asseguradas por lei. Segundo a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, cada município do país será responsável por estruturar suas unidades básicas, as quais devem funcionar numa lógica territorial, circunscrita a uma população, mas com a perspectiva de integração em rede.

Dentre as unidades de saúde de saúde (UBS) existentes, este trabalho visa uma abordagem específica a U.B.S. Maria Rodrigues Porto em Várzea da Volta – Moraújo/CE. Ela apresenta uma estrutura muito simples, mas bem organizada, limpa e com espaços adequados para os atendimentos da atenção primária. Além disso, possui duas salas para médicos e enfermeiros consultarem os pacientes, sala para primeiros socorros, sala de vacinação, uma pequena farmácia para uso diário dos medicamentos e guarda dos de uso contínuo aos pacientes com doenças crônicas, espaços abertos para uso comum, banheiros de uso dos funcionários e do público que utiliza a unidade e uma pequena cantina. Quanto ao quadro de recursos humanos, possui uma equipe completa de saúde da família, composta por uma enfermeira, uma medica, dois técnicos de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde e ainda conta com uma equipe de saúde bucal, composta por um odontólogo, um técnico em saúde bucal e um auxiliar de higiene bucal. A organização dos atendimentos é sistematizada com base em programas e grupos prioritários, encontrando-se dividida por dias da semana

para cada programa. Nos últimos seis meses, a unidade está se organizando para trabalhar com a agenda programada, por meio de horários fixos de atendimento por pessoa e não mais por programa, assim como descreve o qualifica AP SUS (CEARÁ, 2017).

Nesse contexto, percebe-se um fenômeno contraditório: mesmo que a unidade conte com um número preconizado de profissionais para o adequado atendimento de saúde na atenção primária (conforme determina as legislações pertinentes), a demanda trazida pela população desafia a unidade de modo que tanto não se consegue efetivar alguns serviços como também se evidencia uma sensação de falta de profissionais para atender as demandas da comunidade. Alguns dos serviços mais recorrentes que a comunidade acessa na unidade são: consultas médicas, acompanhamento pré-natal, visitas domiciliares para pacientes acamados, acompanhamentos de pacientes com doenças crônicas, entre outros.

Além da estrutura interna do serviço, vale lembrar que a situação geográfica da unidade é caracterizada por um território adscrito que possui casas de moradores próximas, mas também moradores de outras comunidades mais afastadas e que precisam se deslocar por alguns quilômetros para serem atendidos na UBS. Há ainda um açude nas imediações que fornece água para as comunidades vizinhas e para a Várzea da Volta, assim como, auxilia no sustento dos que vivem na região com pesca, agricultura e turismo. A comunidade possui diversos equipamentos sociais, tais como uma igreja. No que concerne a ações de outras políticas públicas, é assistida pela educação (com escolas que acolhem a partir dos três anos de idade até educação de jovens e adultos), pela assistência social (pelo programa Bolsa Família), pela política de trabalho, emprego e renda (com o Seguro Safra), entre outros.

Dadas estas colocações e a diversidade de temáticas que enunciam-se como questões a serem trabalhadas no território, escolheu-se abordar o tema Diabetes Mellitus II em saúde da família, uma vez que se percebeu a necessidade de promover uma ação multidisciplinar sobre esta demanda, focada em pacientes acompanhados por uma UBS. A ideia principal direciona-se à promoção da qualidade de vida dos cidadãos atendidos pela unidade, integrando as políticas de educação, assistência social e saúde disponíveis.

Ao final, espera-se ter dado contribuição para ampliar as percepções dos que fazem o serviços público na área, pois poucas práticas são verificas no município. Acredita-se que um trabalho focado nas possibilidades de ações intersetoriais possam alargar uma discussão ainda muito inicial, mas que se mostra promissora se bem tratada e efetivada em relação à oferta de saúde pública de qualidade e de inovação da saúde da família. Se isso for possível, talvez haja uma grande diferença na qualidade dos serviços públicos e melhoria geral de todos eles.

2 PROBLEMA

No município de Moraújo, existem 217 pacientes diagnosticados como “diabéticos”. Deste universo, 26 são usuários da UBS Maria Rodrigues Porto, sendo que a maioria dos mesmos não apresenta uma bagagem de conhecimento sobre sua doença para alcançar e manter os níveis de glicose dentro dos limites normais de modo que a qualidade de vida de cada um deles seja a melhor.

O DM II foi diagnosticado em um número de aproximadamente 22 pacientes, o seja, 04 pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1. O número de 22 portadores de DM II, se mostra uma demanda considerável, uma vez que as famílias atendidas na UBS são em torno de 120, e o número de pacientes não ultrapassa os 230. Assim, ao decidir pela promoção dessa ação, o que se considera como mais relevante é o atendimento a essa parcela tão considerável.

Os portadores de Diabetes Mellitus II precisam de um atendimento que se efetive para além das medicações e acompanhamentos medicinais, requerendo intervenções multidisciplinares diversas, o que só será possível com um trabalho focal de múltiplos segmentos do sistema de serviços públicos. Esse é o desafio que se apresenta.

O que se observa em campo é que ainda muito poucos os trabalhos intersetoriais entre as políticas públicas brasileiras com foco na obtenção de bons resultados e melhorias para a qualidade de vidas das pessoas. O posicionamento da saúde na articulação dessa ações intersetoriais parecem ainda maior.. Isso se atesta nas campanhas nacionais em que cada setor acaba trabalhando de forma isolada, por exemplo: nas campanhas de combate à dengue, a saúde realiza atendimentos e trabalha com a prevenção através de agentes comunitários de saúde e agentes de endemias; de outro lado, a educação promove palestras e momentos educativos, sem a devida articulação das duas para promoverem parcerias e trabalhos coletivos.

Assim, o presente trabalho considera a necessidade existente de atuação sobre a população com DM tipo II numa perspectiva de articulação de ações planejadas intersetorialmente, a partir do seguinte questionamento: como o trabalho de intersetorialidade em saúde da família pode contribuir para melhoria da qualidade vida de pacientes portadores de Diabetes Mellitus II?

3 JUSTIFICATIVA

Conheço o diabetes mellitus como uma doença crônica, considerada hoje a pandemia do século XXI, que provoca sequelas graves para a vida dos seres humano. Todavia, mesmo sem cura, existe a possibilidade de um controle eficaz. Na minha realidade, observo que o número de pacientes diabéticos descontrolados com fatores de riscos desconhecidos associados encontra-se elevado em minha unidade básica de saúde. Desse modo, senti-me motivada para fazer este projeto de intervenção na perspectiva de sensibilizar a população de pacientes diabéticos na UBS Maria Rodrigues Porto, por meio do conhecimento sobre diabetes mellitus II, para que desenvolvam uma melhor qualidade de vida.

A escolha desta temática para trabalhar de forma interventiva se deu em virtude de vislumbrar muitos profissionais bons, trabalhando de forma isolada em uma mesma comunidade em trabalhos que podem ser direcionados para a DM II, e que não tiveram ainda se organizado para uma ação conjunta, apesar de pequenas ações campanhistas desenvolvidas pelo município de forma pontual ou experimental.

Também se opta por tal posicionamento interventivo em virtude de algumas leituras que apontam que, um trabalho multidisciplinar e intersetorial pode coletar mais sucesso do que trabalhos multidisciplinares acontecendo de forma isolada. (FEUERWERKER; COSTA, 2000).

Também se opta por fazer esta pesquisa em virtude da necessidade de promover uma melhoria da qualidade de vida dos pacientes da U.B.S. Maria Rodrigues Porto em Várzea da Volta – Moraújo/CE, dada a percepção de uma cultura de tratamento centrada na medicação para tratar a Diabetes Mellitus II e pouca compreensão da doença, assim como de ações práticas para melhoria da qualidade de vida e convivência com a doença.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Promover a qualidade do autocuidado entre os usuários com diagnóstico de Diabetes Mellitus II da U.B.S. Maria Rodrigues Porto por meio de trabalho intersetorial.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Arregimentar servidores de Moraújo dos setores de Saúde, Educação e Assistência Social para a promoção de um trabalho intersetorial junto aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus II.

Realizar ações educativas e terapêuticas envolvendo os serviços dessas três políticas públicas que possibilitem a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Estabelecer um espaço permanente de diálogo entre os serviços de diferentes políticas públicas para discussão intersetorial de ações de promoção de qualidade de vida.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Políticas públicas e a atenção a população para efetivar um modelo de bem-estar social

A constituição de 1988, considerada uma constituição cidadã, em seu contexto de seguridade social, traz a saúde como direito do cidadão brasileiro, o que veio a se sedimentar com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1998 (BRASIL, 1988). Assim, fortalecer e ampliar a abrangência do sistema de saúde, desde então, tornou-se um desafio no Brasil.

Na atualidade, muitos dos serviços passam por uma força tarefa de ampliação e melhoramento, fruto de esforços que se iniciaram no passado. A família é o foco destas ações, uma vez que, é nela que estão todos os indivíduos alvo dos trabalhos efetivados pelo SUS. Desta forma, inovar, melhorar a ampliar os serviços requer um trabalho constante dos profissionais em saúde, mas, também, o estabelecimento de parcerias para que se possa promover trabalhos multidisciplinares e atender demandas cada vez maiores e mais urgentes.

O aceso talvez seja o ponto mais frágil no que toca à saúde, pois, em um país de dimensões continentais, e com uma população correspondente ao seu tamanho, há de se entender que, garantir acesso aos serviços de saúde a todos requer um trabalho organizado e muito investimento.

Outra política importante que compõe o tripé da seguridade social é a assistência social. De acordo com a legislação que norteia esta política, o conjunto de serviços públicos que atendem essa demanda são os CRAS (destinados a promoção e prevenção de situações graves de violação de direitos) e CREAS (que são especializados para o trabalho com situação e populações vivenciando grave violação de direitos) (BRASIL, 2005). Assim, a assistência social tem como missão apoiar, orientar e educar a população para que tenham autonomia no processo de busca por garantia de direitos, inclusive de acesso a inúmeros sistemas de serviços públicos, dentre os quais se encontra a saúde.

Considerando-se os exemplos da saúde e assistência social,

> É bom ter claro que no acesso a qualquer uma das políticas sociais, há sempre necessidades dos usuários a serem respondidas por outras políticas sociais ou econômicas. Isto se dá na saúde, na educação, na habitação. Esta não é uma situação privativa dos usuários da assistência social. (BRASIL, 2013, p. 24)

A lei nada mais assegura que o usuário possa, independentemente de ser

economicamente ativo, ter acesso aos serviços diversos que o Estado lhe assegura, como por exemplo as políticas públicas de saúde, sendo que, a assistência social em muitos aspectos, assemelha-se à saúde em suas políticas.

> Além disso, deve-se destacar que a Assistência Social será prestada "a quem dela necessitar independentemente de contribuição à seguridade social" (art. 203, *caput*). Neste aspecto reside a distinção básica entre estas políticas (Tripé) integrantes da Seguridade Social: a previdência social (natureza contributiva), a saúde (direito não contributivo) e assistência social (nesse aspecto assemelha-se à saúde – direito não contributivo). (BRASIL, 2013, p. 98)

Desta forma, há a necessidade de políticas de integração cada vez mais focadas e direcionadas, uma vez que, caso isso não se processe, políticas universais complementares como a saúde e a assistência social sempre se farão necessárias aos usuários, e, aqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade social sempre dependerão da assistência social, de forma crônica, inclusive, sempre que buscar políticas que já lhes são asseguradas pela lei.

A exemplo da importância das políticas mencionadas, outras políticas são fundamentais para que se garantam direitos mínimos à população no sentido de permitir que se proporcione o favorecimento da qualidade de vida da população em geral e a efetivação de um Estado democrático de bem-estar social. Pode-se citar, nesse sentido: a educação e o direito.

5.2 Diabetes Mellitus como questão social: conceitos e outros aspectos para educação em saúde

O diabetes mellitus (DM) é um grupo de distúrbios metabólicos, com etiologias diversas, manifesta-se com hiperglicemia crônica. Essa alteração decorre de secreção deficiente de insulina pelas células ß-pancreáticas, da resistência periférica à ação da insulina ou de ambas. O DM pode apresentar-se junto a complicações agudas e potencialmente fatais, cetoacidose diabética (CAD) ou estado hiperosmolar não cetótico (EHNC). Em longo prazo, essa doença resulta em complicações micro e macro vasculares, causando danos, disfunção e falência de vários órgãos e sistemas, como olhos, rins, coração, nervos e vasos sanguíneos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2005).

O número de adultos com diabetes no mundo aumentará de 135 milhões em 1995 para 300 milhões no ano 2025. A maior parte deste aumento numérico irá ocorrer nos países em desenvolvimento. Em 1998, um estudo realizado estimou que o número de diabéticos, em

2000, no mundo, seria 171 milhões. Há previsão de que esta estatística se eleve para 366 milhões em 2030 em decorrência da maior longevidade das pessoas. Essa elevação no índice de diabéticos estaria associada a um crescente consumo de gorduras, sedentarismo e consequente obesidade. (KING; AUBERT; HERMAN, 1998).

O número de pessoas portadoras de diabetes é crescente em todos os países. 50% das pessoas portadoras de diabetes desconhecem esta condição. É uma doença bastante comum no mundo, especialmente na América do Norte e norte da Europa, acometendo cerca de 7,6% da população adulta entre 30 e 69 anos e 0,3% das gestantes. Alterações da tolerância à glicose são observadas em 12% dos indivíduos adultos e em 7% das grávidas. Porém estima-se que cerca de 50% dos portadores de diabetes desconhecem o diagnóstico. Segundo uma projeção internacional, com o aumento do sedentarismo, obesidade e envelhecimento da população o número de pessoas com diabetes no mundo vai aumentar em mais de 50%, passando de 380 milhões em 2025. Nas Américas o número de indivíduos com diabetes foi estimado em 35 milhões e projetado para 64 milhões em 2015, nos países desenvolvidos o aumento ocorrerá principalmente nas faixas etárias mais avançadas, no grupo de 45-64 anos onde sua prevalência deverá triplicar, duplicando na faixa etária de 20-65 e mais anos. (PASSOS, 1998).

Segundo estimativas da organização mundial da saúde mais de 180 milhões de pessoas têm diabetes e este número será provavelmente maior que o dobro em 2030, nesse cenário, o Brasil apresentará aproximadamente 11,3 milhões de diabéticos. Esse aumento ocorrerá principalmente nas faixas etárias mais avançadas. (W.H.O., 2008).

A diabetes, uma doença que só em 2013 afetava 350 milhões de pessoas em todo o mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o número de pessoas com o problema está a aumentar e poderá ser em 2030 a sétima causa de morte no planeta. Os tipos de diabetes mais frequentes são a tipo 1 e tipo 2 e estima-se que 90% dos casos de diabetes no mundo são do tipo 2. A diabetes do tipo 2 é a alcunha para uma doença relacionada com o estilo de vida. A diabetes 2 acontece apenas por causa do estilo de vida impróprio e genes maus”, porque desenvolvemos depósitos de combustível e tornamo-nos sedentários, e por isso sobrecarregamos o nosso pâncreas e o fígado, a glucose não é depois processada como fonte de energia (KING; AUBERT; HERMAN, 1998).

Em muitos países a prevalência do DM tem se elevado vertiginosamente e espera-se ainda maior incremento. Nos países em desenvolvimento, há uma tendência de aumento na frequência em todas as faixas etárias, especialmente nas mais jovens, cujo impacto negativo sobre a qualidade de vida e a carga da doença aos sistemas de saúde é relevante. O Diabetes

está associado a maiores taxas de hospitalizações, a maiores necessidades de cuidados médicos, a maior incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputações não traumáticas de membros inferiores. Além disso, há que se considerar que o DM é uma doença que exige do paciente um comportamento especial de autocuidado para que a glicemia seja mantida o mais próximo do desejável. (ALMINO; QUEIROZ; JORGE, 2009).

O Brasil ocupa a 4ª posição entre os países com maior prevalência de diabetes: 13,4 milhões de pessoas portadoras de diabetes. Isto corresponde a aproximadamente 6,5% da população entre 20 e 79 anos de idade um dos mais sérios problemas de saúde na atualidade, tanto em relação ao número de pessoas afetadas e incapacitações e concerne aos custos envolvidos para o controle e tratamento das complicações. Em sua maioria, os casos de DM estão incluídos em duas principais categorias etiopatogênicas: o Diabetes mellitus tipo 1 (DM1), no qual existe uma deficiência de insulina; e o Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), resultante de uma combinação de resistência insulínica e/ou de uma compensatória secreção de insulina. No Brasil, estima-se que cinco milhões de indivíduos sejam diabéticos, sendo que metade deles desconhece o diagnóstico (BRUNA, 2011).

Nos Estados Unidos o número pessoas dobrou, alcançou 23,6 milhões em 2007, 7,8 % da população total. Em 2007, neste país 5,7 milhões de diabéticos não sabiam que tinham a doença. (W.H.O., 2008).

A dinâmica proposta pelo programa de Saúde da família (PSF) centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco permite a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento de indivíduos, considerando maior risco (COSTA NETO, 2000).

Além do fator genético, o diabetes é uma doença totalmente ligada ao estilo de vida adotado. Uma pessoa com alimentação desiquilibrada rica em gorduras, carboidratos, açúcares, produtos industrializados e pobre em vegetais, legumes e frutas tem maior risco de desenvolver o diabetes. Sedentarismo, obesidade e tabagismo também são fatores de risco e junto contribuem para o aparecimento da mesma, assim como o não controle desta doença crônica (ALMINO; QUEIROZ; JORGE, 2009)

Fatores de risco são condições e problemas que aumentam as chances de uma pessoa de desenvolver doenças cardiovasculares, como infarto e acidente vascular cerebral. Alguns podem ser evitados, tratados e controlados, os mutáveis. Outros são imutáveis, como o histórico familiar e a etnia, mas conhecê-los serve como alerta para que a pessoa adote hábitos saudáveis, faça visitas ao médico periodicamente e a partir da mais tenra idade. Idade

acima de 45 anos; obesidade (>120% peso ideal ou índice de massa corporal mais de 25 kg/m2); história familiar de diabetes em parentes de 1° grau; diabetes gestacional ou macrossomia prévia; hipertensão arterial sistêmica; colesterol HDL abaixo de 35 mg/dl e/ou triglicerídeos acima de 250 mg/dl; alterações prévias da regulação da glicose e bebida alcoólico, o consumo excessivo de álcool pode ser danoso à saúde do coração e está relacionado ao desenvolvimento de hipertensão, alteração no ritmo do coração e aumento de peso. (COSTA NETO, 2000).

Diabetes - Caracterizada pela elevação do açúcar no sangue, o que acarreta prejuízos sérios ao organismo. A maioria dos alimentos que ingerimos é transformada em glicose ou açúcar, utilizado como fonte de energia pelo nosso organismo. A insulina, produzida pelo pâncreas, é o hormônio responsável pela entrada de glicose nas células, que será utilizada como fonte de energia. Histórico familiar de diabetes pode aumentar significativamente o risco de desenvolvera doença. Diabetes não tratado pode levar a cegueira, doenças renais, doenças nervosas, amputações de membros e as doenças cardiovasculares. É importante fator de risco para o acidente vascular cerebral e doenças coronárias, incluindo o IMA. (BRUNA, 2011).

6 METODOLOGIA

Este trabalho consiste em um projeto de intervenção, o qual pode ser descrito por como aquele estruturado para o desenvolvimento de ações com a finalidade de resolver uma situação problema verificada ou para promover melhorias a um determinado espaço social a partir de um ato direto em campo (GIL, 2007).

O local de realização da intervenção é o município de Moraújo, localizada no interior do Estado do Ceará, Zona Norte.

Figura 1. Mapa de localização do município de Moraújo em relação ao estado do Ceará, Brasil, 2018.

Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Mora%C3%BAjo. Acesso em: 28/06/2018.

Figura 2. Mapa de georreferenciamento do município de Moraújo em relação aos municípios circunvizinhos, Brasil, 2018

Fonte: Google Maps. Acesso em 28/06/2018.

A população foco deste projeto de intervenção são moradores do município e usuários do território adscrito do serviço de saúde pública – U.B.S. Maria Rodrigues Porto – situada especificamente na localidade de Várzea da Volta. O critério de inclusão foi ser diagnosticado como portador de Diabetes Mellitus II na referida unidade e localidade, o que levou a um total de 22 pacientes. Considerando o princípio ético de autonomia, vale ressaltar que nem todos aderiram à proposta de atividade, alguns sendo justificados pelas condições de saúde e físicas, o que levou a um total de 14 pacientes participantes.

O projeto foi construído em coparticipação com profissionais das seguintes políticas públicas: Assistência Social, Educação e Saúde. A intervenção foi construída considerando atividades diversas nas áreas de saúde, educação e assistência social através de palestras, aulas práticas e orientações de como buscar serviços e políticas públicas destinadas para melhorar a qualidade de vida dos ditos pacientes.

Para tanto, foram realizados encontros com os profissionais da Assistência Social, Educação e Saúde e com a coordenação da UBS para discussão das principais temáticas e levantamento das estratégias de abordagem que fossem mais adequadas para intervir nas necessidades da população.

Ao fim dos encontros, foi estruturado a matriz de responsabilidades descrita no Quadro 1, onde se buscou promover uma espécie de curso com os pacientes, com teoria e prática, cada um focando em uma das problemáticas de saúde e na solução alternativa para o mesmo, e ainda, no bem-estar de saúde dos envolvidos.

Quadro 1: Matriz de responsabilidades para intervenção educativa junto aos usuários com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II da UBS Maria Rodrigues Porto. Moraújo-CE, 2018.

PROBLEMA	AÇÃO	PRAZO DE REALIZAÇÃO	RESPONSÁVEL(IS)
Falta de Conhecimento técnico mínimo sobre a DM II.	1. Aula sobre o como se dá e quais os riscos de saúde da Diabetes Mellitus.	**21/05/2018**	Médico – Estratégia de Saúde da Família
Dificuldade de pensar um cardápio simples e correto com o que tem em casa.	2. Palestra com a sobre alimentação saudável e alternativas a alimentos ricos em glicose.	**22/05/2018**	Nutricionista – Secretaria de Educação do Município

Cont. Quadro 1: Matriz de responsabilidades para intervenção educativa junto aos usuários com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II da UBS Maria Rodrigues Porto. Moraújo-CE, 2018.

PROBLEMA	AÇÃO	PRAZO DE REALIZAÇÃO	RESPONSÁVEL(IS)
Vida sedentária e falta de conhecimento de práticas físicas.	3. Aulão de dança e aeróbica, com indicação de exercícios para fazer em casa.	**23/05/2018**	Educador Físico – Secretaria de Assistência Social
Falta de conhecimento sobre como lidar com a DMII e como levar uma vida saudável a partir de ações simples e cotidianas.	4. Palestras com foco nas políticas públicas de saúde pública e assistência social, assim como na aceitação e cuidados com a doença e manutenção da atividade mental e física.	**24/05/2018**	Assistente Social e Terapeuta Ocupacional – Secretaria de Assistência Social
Falta de momentos de socialização com outros pacientes e com profissionais que podem auxiliar com a DMII.	5. Confraternização com os pacientes e todos os envolvidos no projeto de intervenção.	**25/05/2018**	Médico, Nutricionista, Educador Físico, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional e Pedagogo – Secretarias de Educação, Assistência Social e Saúde.

Fonte: Grupo de Trabalho.

O primeiro encontro foi organizado considerando uma estrutura pedagógica cujo foco é formativo, uma espécie de “aulão” no qual os pacientes serão esclarecidos das potencialidades de risco da diabetes como um todo, mas com foco direto na DM II.

O segundo encontro foi pensado para ocorrer como uma palestra sobre alimentação saudável e como os alimentos que se tem em casa podem ser usados de forma nutritiva, saborosa e correta pelo portador da DM II, com degustação de alguns alimentos alternativos ao final.

O terceiro momento foi organizado com uma metodologia lúdica, com dança, movimentos aeróbicos de prática universal e de maneira instrutiva, ou seja, para que os participantes possam aprender e dar continuidade, com esses movimentos, nos exercícios domésticos.

O quarto encontro foi desenvolvido com foco na orientação dos pacientes, sendo

que, a pretensão é que os pacientes envolvidos possam conhecer como o sistema de saúde e as políticas públicas podem e auxiliam na convivência e tratamento da doença dos mesmos, e maneiras alternativas de reeducação física e mental oferecidas pela Assistência Social, Educação e Saúde.

O último encontro foi concebido como um momento de socialização e confraternização, ou seja, nas conversas informais entre pacientes e profissionais sobre a DM II, e como conviver bem com a mesma.

Considerando o método de trabalho com os usuários e as ações a serem realizadas, o grupo levantou a necessidade dos seguintes recursos: veículo automóvel para visitar a convite e transportar os profissionais; um conjunto de profissionais composto por três médicos, um educador físico, uma nutricionista, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga e um pedagogo; 25 impressões A4 coloridas de panfleto com esclarecimentos sobre a Diabetes Mellitus II; 25 impressões A4 coloridas de fichas de exercícios e ginásticas laborais; 25 impressões A4 coloridas de panfleto com esclarecimentos sobre alimentação específica do portador de Diabetes Mellitus II; lanche para 30 pessoas; Data Show e caixa de som; e Espaço de reuniões do U.B.S. Maria Rodrigues Porto.

7 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DA INTERVENÇÃO

O processo interventivo iniciou com a articulação com serviços de outras políticas públicas e aproximação dos profissionais para discutirem um problema existente no território, momento fundamental para pactuação do trabalho conjunto e discussão de um método (ou uma forma) de trabalhar com a população alvo.

Os profissionais foram reunidos com ajuda da coordenação do UBS que possuía os contatos profissionais, bem como a mesma ajudou na obtenção dos recursos materiais para a realização do projeto. Além disso, contou-se com o apoio dos profissionais que convidaram outros amigos profissionais para participar e ajudar na efetivação do projeto. Este último fato, principalmente, chamou a atenção dos convidados e de outros profissionais da cidade; pela percepção da capacidade do trabalho cooperativo.

Cada um dos envolvidos contribuiu com seu trabalho e dividiu-se nos diversos momentos do projeto, de acordo com as possibilidades da agenda de cada uma das pessoas colaboradoras. Os eventos exigiram as duas últimas horas de expedientes de trabalho de cada um, 15h às 17h. A coordenação da UBS e a responsável pelo projeto de intervenção ficaram responsáveis pela estrutura física e material para a realização das atividades propostas.

Vários problemas foram observados e levantam a complexidade de se atuar conjuntamente, tais como: disponibilidade de transporte, local, disponibilização de profissionais, materiais, entre outras. Esses são problemas que, muitas vezes parecem situações mínimas, mas que podem ser o fator preponderante para o sucesso ou fracasso dos trabalhos realizados. Cada um assumiu um compromisso em relação aos trabalhos a serem realizados, e, portanto, ao não cumprir com sua parte, tornou complexo o sucesso da atividade. Mesmo com esses percalços, todas as atividades foram realizadas com êxito.

O segundo momento consistiu no convite e sensibilização dos usuários para participar da intervenção. Aos mesmos, foi enviado convite impresso por esta autora do projeto de intervenção, bem como aconteceram reforços através da Agentes Comunitárias de Saúde, tendo, a maioria, aceito de prontidão participar do projeto. As expectativas foram atingidas, vez que, já se conhecia os limites e impossibilidades de alguns pacientes convidados, mas, o convite foi lançado a todos.

O terceiro momento consistiu na intervenção junto aos usuários do território e sua realização se deu como mostra o cronograma do Quadro 2.

QUADRO 2: Cronograma de ações interventivas junto aos usuários com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II da UBS Maria Rodrigues Porto. Moraújo-CE, 2018.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	**21/05/ 2018**	**22/05/ 2018**	**23/05/ 2018**	**24/05/ 2018**	**25/05/ 2018**
Atividades	Status	Status	Status	Status	Status
Ação 1: Aula sobre o como se dá e quais os riscos de saúde da Diabetes Mellitus – Médico do PSF.	Realizado				
Ação 2: Palestra com a Nutricionista da secretaria de educação do município sobre alimentação saudável e alternativas a alimentos ricos em glicose		Realizado			
Ação 3: Aulão de dança e aeróbica com professor de educação física da secretaria de assistência social e prescrição de exercícios para fazer em casa.			Realizado		
Ação 4: Palestras com assistente social e terapeuta ocupacional da secretaria de assistência social com foco nas políticas públicas de saúde pública e assistência social, assim como na aceitação e cuidados com a doença e manutenção da atividade mental e física.				Realizado	
Ação 5: Confraternização com os pacientes e todos os envolvidos no projeto de intervenção animado por um pedagogo.					Realizado

Fonte: A autora.

O primeiro encontro se deu da forma esperada, com a presença de quatorze

pacientes dos 22 convidados. O aulão se mostrou muito esclarecedor aos mesmos, uma vez que, alguns pontos importantes de serem do conhecimento do paciente, foram conhecidos pela primeira vez pelos mesmos naquele momento. Assim, o objetivo de formação e socialização de conhecimento sobre a DM II foi atingido.

O segundo encontro se deu da forma esperada, com a presença de doze pacientes, tendo sida realizada a palestra sobre alimentação saudável, focando em como os alimentos que se tem em casa podem ser usados de forma nutritiva, saborosa e correta pelo portador da DM II, com degustação de alguns alimentos alternativos ao final. Os mesmos observaram atentamente todos os mementos da palestra, bem como, demonstraram curiosidade e interesse ao longo das falas da nutricionista, vez que, a mesma apresentou curiosidades como percentual de açúcar em alguns alimentos, alimentos doces e saudáveis, entre outros pontos que os mesmos não conheciam e que ajudaram-nos a pensar melhor no que comem e a comerem melhor a partir dos conhecimentos adquiridos.

O terceiro momento se deu com a presença de quatorze dos convidados. A prática ficou mais no campo da dança, sendo que os trabalhos da aula de movimentos aeróbicos foram pouco realizados pelos mesmos, que apresentavam alguma timidez em fazer as atividades, bem como, não compareceram, em sua maioria, com roupas inadequadas para a prática, o que não impediu que a mesma acontecesse e se desse de forma proveitosa.

O quarto encontro se deu com a presença de dez dos convidados, e focou na orientação dos mesmos sobre alguns conhecimentos, informações, direitos e possibilidade dentro do sistema de saúde e as políticas públicas podem e auxiliam na convivência e tratamento da doença dos mesmos, e maneiras alternativas de reeducação física e mental oferecidas pela Assistência Social, Educação e Saúde. Observou-se nos mesmos algum ceticismo em relação às políticas públicas de saúde, tendo alguns reclamando da falta de medicamentos e de ações como a promovida àquela semana, para realmente ajudar no melhoramento da saúde dos mesmos.

O quinto encontro se deu com a presença de 20 dos 22 convidados, tendo sido um momento muito proveitoso para os mesmos, principalmente no que toca às conversas dos pacientes com outros portadores da DM tipo II, bem como, sido um momento de socialização com os profissionais envolvidos no projeto.

Observa-se, em linhas gerais, que o projeto atingiu suas proposituras interventivas, bem como, promoveu uma reflexão nos que integraram os trabalhos, vez que, os comentários emitidos pelos mesmos evidenciavam sempre a percepção de como os trabalhos estavam sendo aceitos pelos participantes com ânimo e até mesmo um sentimento

de gratidão pelo conhecimento e pelos ensinamentos envolvidos.

Os participantes, portadores da DM II, demonstraram não apenas interesse em participar das atividades, mas, desejo em ações futuras de mesma envergadura e direcionamento, o que revela como trabalhos intersetoriais tem o seu significado e valor dentro do sistema de saúde, bem como nas políticas públicas como um todo.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que os objetivos apresentados foram todos alcançados em sua totalidade, uma vez que: efetivou-se um trabalho multidisciplinar em uma forma, embora tímida, intersetorial, abrangendo três segmentos do serviço público da cidade de Moraújo. Esse trabalho revelou o quanto é importante o estabelecimento de parcerias e formatação de uma rede, para além dos profissionais e setores da secretaria de saúde, para promover saúde da família no dito município; e foram arregimentados servidores das três secretarias alvos deste projeto de intervenção, todos do serviço público de Moraújo em Saúde, Educação e Assistência Social. Os mesmos promoveram, de acordo com suas áreas, trabalhos distintos, com o mesmo público e que resultaram em melhorias para os mesmos no que toca à Diabetes Mellitus II.

De mesma forma, ao longo da promoção da intervenção, ficou evidente como iniciativas desta magnitude apresentam importância em saúde pública. O que se comprova nos depoimentos de pacientes e profissionais ao falarem de seu desejo em viver outros momentos desta igualdade.

Em linhas gerais, o que mais se observou é que um trabalho intersetorial multidisciplinar pode alcançar diversas e importantes melhoras para todo o conjunto de serviços que se propõem atuar conjuntamente. Isso permite um desenvolvimento qualitativo aos segmentos das políticas públicas que preveem atuação em determinado território, e, com isso, é possível melhorar em diversos aspectos a saúde e qualidade de vida das pessoas de modo geral.

Outro ponto a ser destacado, é a carência de fazer com que este serviço aconteça com qualidade e na quantidade necessária, mas, de forma mais pontual, que chegue efetivamente ao usuário do Sistema Único de Saúde brasileiro, e que sirva para mostrar ao mesmo que não é apenas a medicação que cura ou mantém controlada a doença.

Além disso, há de se destacar as dificuldades em promover essa intercessão se serviços, e, com isso, valorizar a contribuição que o profissional pode dar aos diversos pacientes, trazendo melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

Enquanto profissional da saúde e médica, foi muito gratificante perceber que, enquanto profissional, o médico, assim como todos os demais servidores públicos, pode-se trabalhar como articulador de ações que promovam saúde, bem-estar e até mesmo longevidade com qualidade de vida aos pacientes, o que, geralmente, espera-se dos coordenadores e profissionais gestores dos serviços públicos de forma geral.

Observa-se, em linhas gerais, importância de que as políticas públicas prevejam ações intersetoriais e consigam construir planejamentos que favoreçam a facilitação de insumos para tais ações. De mesma forma, observa-se a necessidade de apoio para essas ações através de momentos coletivos, de planejamento e reflexão entre os diversos setores do serviço público, indo para além dos isolamentos recorrentes.

Superadas as dificuldades, o que se observa, é a carência dos pacientes, que, acometidos por uma doença sem cura, desejam e buscam outras coisas que, além do remédio, possa lhes dar maior longevidade, qualidade de vida, e disponibilidade para prosseguir com a vida o mais normalmente possível.

REFERÊNCIAS

ALMINO, Maria Auxiliadora Ferreira Brito; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. **Diabetes mellitus na adolescência: experiências e sentimentos dos adolescentes e das mães com a doença.** Rev. esc. enferm. USP [online]. 2009, vol.43, n.4, pp.760-767. Disponível em: << http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000400004&script=sci_abstract&tlng=pt>>. Acesso em: 25/05/2018.

BRASIL. **Assistência Social:** Política de Direitos à Seguridade Social [Capacita SUAS Caderno 1], 1ª ed, Brasília: MDS, 2013. Disponível em: << http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo8-direitosepoliticaspublicas/aassistenciasocialcomopoliticapublicadedireito.pdf>>.Acesso em: 12/05/2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004;** Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.

BRUNA, Maria Helena Varella. **Diabetes**. Escrito em 8 de Abril de 2011. Revisado em 6 de Março de 2018. Disponível em: <<https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/diabetes/>> Acesso em: 21/05/2018.

CEARÁ. **Projeto QUALIFICAAPSUS Ceará**. Sistema Único de saúde – SUS. Governo do Estado do Ceará. Fortaleza: Secretaria da Saúde, 2016.

COSTA NETO, Milton Menezes da. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

FEUERWERKER, L. M.; COSTA, H. **Intersetorialidade na rede UNIDA.** Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 22, p. 25-35, dez. 2000.

GIL, A. C. **Metodologia do Ensino Superior.** 3 ed, São Paulo: Atlas, 1999.

JUNQUEIRA, L. A. P. **Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997.

KING H, AUBERT RE, HERMAN WH. **Global burden of diabetes, 1995-2025:** prevalence, numerical estimates, and projections. Diabetes Care. 1998; 21: 1414-31.

PASSOS, Afonso Dinis Costa (Org). **Medicina Social na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - 1954 a 2014**. Ribeirão Preto, SP: Holos, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Atualização brasileira sobre diabetes**. SBD. - Rio de Janeiro: Diagraphic, 2005.

WHO - Word Health Organization. **Peer Suport Programmes In Diabetes**. WHO/CPM, 2008.

APÊNDICE

APÊNDICE A – FOTOGRAFIAS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Reunião de Planejamento das Ações com a Coordenação da UBS e alguns profissionais da UBS e que ajudaram na efetivação do projeto.

Consulta Médica: Consulta de acompanhamento seguida de convite do paciente.

Palestra Sobre DM II: Ação 1 – Palestra com a Médica.

Palestra Sobre DM II: Ação 1 – Palestra com a Médica.

Palestra Sobre DM II: Ação 1 – Palestra com a Médica.

Ação 2: Palestra com a Nutricionista

Ação 2: Palestra com a Nutricionista

Ação 2: Palestra com a Nutricionista

Ação 4: Palestras com assistente social

Ação 4: Palestras com assistente social

Ação 4: Palestras com assistente social

Ação 4: Palestras com assistente social

Ação 5 Confraternização: Após a confraternização, momento de fotos com a equipe que ajudou na realização do projeto de intervenção.