

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

LUCAS SAMUEL RIBEIRO CARDOZO

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DE DIABETES NOS PACIENTES
DA ESF “AMOR À VIDA” DO MUNICÍPIO DE HELIODORA-MINAS
GERAIS: Plano de intervenção**

HELIODORA – MINAS GERAIS

2015

LUCAS SAMUEL RIBEIRO CARDOZO

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DE DIABETES NOS PACIENTES
DA ESF “AMOR À VIDA” DO MUNICÍPIO DE HELIODORA-MINAS
GERAIS: Plano de intervenção**

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

Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

HELIODORA – MINAS GERAIS

2015

LUCAS SAMUEL RIBEIRO CARDOZO

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DE DIABETES NOS PACIENTES
DA ESF “AMOR À VIDA” DO MUNICÍPIO DE HELIODORA-MINAS
GERAIS: Plano de intervenção**

Banca examinadora

Prof. Heriberto Fiuza Sanchez – orientador

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 9/11/2015

RESUMO

A presente proposta de intervenção surge como tentativa de enfrentamento do problema do diabetes mellitus tipo 2 em adultos com idade entre 40 e 80 anos atendidos no Estratégia Saúde da Família Amor à Vida, localizado no Município de Heliadora/MG. Tal doença é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis glicêmicos elevados, frequentemente acompanhada de doenças renais, aumento do risco cardiovascular, retinopatia, entre outras. O que representa aumento na morbidade e na mortalidade associadas ao diabetes. Tendo como fatores de risco a síndrome metabólica, obesidade e o sedentarismo. As mudanças no estilo de vida impróprio podem ser estimuladas por meio de uma intervenção educacional, dando ênfase ao aspecto nutricional e à atividade física, visando à redução dos fatores de risco relacionados à síndrome metabólica e às doenças cardiovasculares, em diferentes populações. Para tanto, foi realizado uma proposta de intervenção baseada em uma revisão narrativa da literatura de publicações dos últimos 15 anos, obtidas através da American Diabetes Association, International Diabetes Federation, Sociedade Brasileira de Diabetes e do Programa AGORA do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva e das propostas de Campos, Faria e Santos. O controle do diabetes demanda diferentes ações a nível individual e coletivo e a presente proposta de intervenção pode contribuir para o controle desse problema na comunidade assistida.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Sedentarismo. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This policy proposal is an attempt to deal with the problem of diabetes mellitus 2 in adults aged between 40 and 80 years attended at the Family Health Strategy "Amor à Vida", located in the Municipality of Heliadora / MG. Such disease is a multifactorial clinical condition characterized by high blood glucose levels, often with kidney disease, increased cardiovascular risk, retinopathy, among others. This represents an increase in morbidity and mortality associated with diabetes. Having as risk factors metabolic syndrome, obesity and physical inactivity. Changes in improper lifestyle can be stimulated through an educational intervention, emphasizing the nutritional aspect and physical activity, aimed at reducing risk factors associated with metabolic syndrome and cardiovascular disease in different populations. To that end, it conducted a proposal for intervention based on a narrative review of the literature of the past 15 years publications, obtained by the American Diabetes Association, International Diabetes Federation, Brazilian Society of Diabetes and AGORA Program Education Center in Public Health and Campos proposals, Faria and Santos. Diabetes control demands different actions at individual and collective, and this proposed intervention can contribute to the control of this problem in the assisted community.

Keywords: Diabetes mellitus. Sedentary Lifestyle. The Family Health Program.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA.....	9
3 OBJETIVOS.....	10
4 METODOLOGIA.....	11
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	14
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERÊNCIAS	21

1 INTRODUÇÃO

A cidade de Heliódora localizada na região Sul do estado de Minas Gerais, emancipada e elevada a condição de cidade em 26/12/1948, possui ainda 6.121 habitantes, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, o que a torna uma cidade de pequeno porte e melhora seus índices urbanos como violência e acesso à saúde. Sua região é rica em morros, com clima e características de cidade serrana. Na base da economia da cidade, destaca-se o cultivo do café.

A unidade de Saúde Amor à Vida foi inaugurada em Outubro de 2014 na Rua Fernando José Ribeiro, mas já existia em outro endereço, na Rua José Alves Maciel. Funciona, agora, no antigo laboratório do hospital que foi desativado. A estrutura física deixa a desejar, não contando com uma cozinha, nem com uma recepção e sala de espera. Falta ainda um consultório mais bem estruturado, com uma pia no consultório e melhores condições aos pacientes, como uma mesa de exames melhor, a que está sendo utilizada é uma improvisação de uma antiga cama de hospital. Entretanto, já há um projeto de nova unidade, a qual está sendo construída segundo a prefeitura. A UBS cuida de 665 famílias e 2067 pessoas. Encontramos diversos desafios diariamente, dentre os quais se destacam, em número, o cuidado de hipertensos e diabéticos.

Não encontramos grandes problemas com violência no território onde a UBS está situada. Em contrapartida, é notório o etilismo de uma grande parcela da população. Outra dificuldade encontrada pela nossa equipe está nos pacientes que fazem uso crônico de medicação psicotrópica, muitas das vezes abusivas, que necessitam regularmente de novas receitas.

A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e cinco agentes comunitárias de saúde. As agentes fazem visitas domiciliares diariamente e sempre há uma que está de plantão no dia. A enfermeira e técnica de enfermagem revezam nos procedimentos e visitas, estando sempre dispostas a ajudar no que for necessário. A UBS funciona de segunda a sexta-feira das 07:00 às 16:00 horas, com atendimentos médicos de segunda a quinta-feira.

No PSF Amor à Vida, durante as consultas foi constatado que a maioria dos pacientes diabéticos não adere a mudança de estilo de vida após o diagnóstico de DM. Muitas das alegações desses pacientes consistem na pouca crença e disposição a mudanças em seus hábitos cotidianos. Outra observação feita nesses mesmos pacientes é a pouca aceitação na utilização de insulina em seus tratamentos, o que dificulta o controle de casos mais graves da doença.

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil segundo os inquéritos Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), do Ministério da Saúde, vem aumentando anualmente a prevalência do diabetes auto-referido: crescendo significativamente entre 2006 e 2010 ($p < 0,01$), de 4,4% para 5,4%, nos homens, e de 5,9% para 7,0%, em mulheres (BRASIL, 2007).

Segundo a American Diabetes Association, o Diabetes não tratado ou tratado incorretamente trazem, a longo prazo, graves consequências nos seus portadores, dentre essas podemos destacar a retinopatia, nefropatia, neuropatia, aumento de risco para eventos cardiovasculares, entre tantas outras patologias associadas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2012).

Dos vários problemas encontrados no PSF Amor à Vida, um que merece atenção especial é o controle da glicemia dos pacientes diabéticos. Observou-se, durante o acolhimento e a consulta, que muitos desses pacientes subestimam a mudança de estilo de vida. Há um paradigma nesses indivíduos, em que os hipoglicemiantes orais usados isoladamente lhes permitem continuar ingerindo uma dieta rica em carboidratos e gorduras. Outro pilar dessa cultura tem grande receio nos tratamentos com insulina.

Outro problema encontrado é a falta de recursos para o tratamento com fármacos mais modernos e mais eficientes, bem como o alto custo das fitas de glicemia capilar frente ao baixo nível socioeconômico da população. Um diabetes é um agravo a saúde que quando não tratado de forma adequada acarreta, a longo prazo, sérios danos sistêmicos aos portadores, trazendo danos irreversíveis à saúde.

Diante desse aumento dos índices epidemiológicos, gastos de preciosos recursos do SUS e o impacto das consequências nas vidas dos indivíduos com diabetes são imprescindíveis à prevenção do agravo, bem como o controle e manejo do paciente em que este já foi manifestado.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção voltado para a redução e o controle do Diabetes Mellitus tipo 2 na Estratégia Saúde da Família Amor à vida, localizado no Município de Heliódora/MG.

4 MÉTODO

O projeto de intervenção foi dividido em três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção. Tendo como finalidade acompanhar e avaliar os pacientes diabéticos adscritos no território de atuação da ESF Amor à Vida, contribuindo no fim desse processo com a promoção de saúde desses indivíduos.

Foi realizado o diagnóstico situacional baseando-se no método de estimativa rápida. Método escolhido por ser rápido, ter um baixo custo e permitir uma análise rápida da situação da saúde, possibilitando a elaboração de intervenções a partir da identificação das necessidades, dificuldades, agravos e fatores de risco da comunidade.

A estimativa rápida foi realizada com base na coleta de dados nos prontuários dos pacientes adscritos no território da equipe e em fontes secundárias por meio de conversas com informantes-chaves, utilizando da observação ativa. Foi ainda realizada uma revisão narrativa da literatura baseada nos artigos científicos, Manuais da Sociedade Brasileira de Diabetes, Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, entre outras.

Para a busca de artigos na Biblioteca Virtual da Saúde foram utilizados os seguintes descritores:

Diabetes Mellitus.

Sedentarismo.

Programa Saúde da Família.

Já a elaboração do plano de intervenção foi baseado no método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES), seguindo os passos propostos por Campos, Faria e Santos (2010).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 A estratégia Saúde da Família

Nos últimos anos, a saúde coletiva no Brasil passou por um período de transformação de modo que já apontava para a necessidade de revitalização. Tal processo partiu da reforma sanitária na década de 1980, que deu base para o Sistema Único de Saúde (SUS) de hoje e, já na década de 1990, apontou a Estratégia Saúde da Família como um dos caminhos para a reorganização do modelo assistencial no país. Hoje, esta estratégia mostra-se como a vertente mais sólida da proposta de um modelo plural em edificação, que traz meios efetivos de praticar promoção de saúde e a prevenção de agravos. (ARCHANJO, *et al.*, 2007).

A saúde da Família é uma estratégia de reorganização dos modelos assistenciais até então existentes, com a adoção de uma equipe multiprofissional em uma unidade básica de saúde, que são responsáveis pelo acompanhamento longitudinal de um número de famílias, localizadas em uma área delimitada. Atuando na promoção de saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de indivíduos e, portanto no controle de saúde de uma comunidade. Sendo o principal objetivo dessa estratégia a reorganização da atenção básica com ênfase na efetividade da saúde da população (FARIA *et al.*, 2008).

Cada equipe de saúde da família é responsável pela saúde de três a quatro mil pessoas, e sempre que possível deve-se destacar aqueles casos em que a necessidade de atenção individual, criando critérios para avaliação de risco e priorizando a atenção nas famílias mais propensas e vulneráveis (CAMPOS, 2003).

A educação em saúde é uma prática social, devendo ser centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais e na leitura das diferentes realidades. Isso significa que as informações sobre saúde e doença devem ser discutidas com os indivíduos e nos grupos populacionais para, a partir dessa reflexão, ser possível uma incorporação de conhecimentos e assim possibilitar a opção por uma vida mais saudável (MARTINEZ, 2000).

5.2 Diabetes Mellitus

O DM não é uma única doença, mas um grupo de distúrbios metabólicos que têm a hiperglicemia como fator preponderante, ou seja, a glicose em alta taxa na corrente sanguínea, a qual é causada por defeitos na ação da insulina, na excreção de insulina ou em ambos os casos, impedindo a entrada da glicose nas células para sua metabolização. É uma doença que se instala silenciosamente e provoca muitas complicações para o organismo, ocasionando no início sintomas bem comuns, como: fome exagerada, muita sede, boca seca, urina em grande quantidade e perda de peso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

O DM2 pode ser considerado como uma doença multifatorial, em que são combinados fatores genéticos e estilo de vida. Os genes que predisõem um indivíduo a ter diabetes são considerados essenciais para o desenvolvimento da doença, entretanto a ativação de uma predisposição genética requer a presença de: questões ambientais e fatores comportamentais, especialmente aqueles associados ao estilo de vida. Neste caso, estão envolvidos fatores de risco não modificáveis e modificáveis no surgimento do DM2. Dentre os fatores de risco modificáveis estão o sobrepeso e/ou a obesidade, o sedentarismo, a tolerância à glicose diminuída, a síndrome metabólica (hipertensão, diminuição do HDL e aumento dos triglicerídeos), os fatores nutricionais e a inflamação (ALBERTI; ZIMMET; SHAW, 2007).

Da maneira em que se constroem esses conceitos sobre o DM, existem as necessidades de encaminhá-los para aqueles que são denominados os pilares do cuidado, os profissionais de saúde. No diabetes, é critério para um bom resultado levar à população informações e o conhecimento a respeito do assunto, com a finalidade de trabalhar na prevenção deste problema, pois para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de diabéticos irá aumentar os 285 milhões que já existiam em 2010 para 435 milhões até 2030 no mundo (BAZOTTE, 2012). Essas estimativas indicam um número absurdo de casos de DM, caracterizando essa doença como extremamente preocupante para a população mundial e também para a população da equipe que atua.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição do problema

Após análise de uma estimativa rápida chegou-se ao empasse que dentre os muitos problemas encontrados a baixa adesão de tratamento do diabetes, abuso de fármacos psicotrópicos, etilismo, dislipidemias e transtornos de ansiedade são os problemas de maior prevalência da ESF Amor à Vida. Sendo a baixa adesão ao tratamento do diabetes o principal problema encontrado no território.

A baixa adesão no tratamento do diabetes foi o problema analisado com maior capacidade de impacto positivo e por isso foi escolhido como objeto dessa proposta de intervenção.

Quadro 1 - Priorização de Problemas encontrados na ESF Amor à Vida, Heliódora-MG, 2015:

HELIODORA – ESF Amor à Vida Priorização dos problemas				
Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixa adesão no tratamento do diabetes	Alta	7	Parcial	1
Abuso de psicotrópicos	Alta	5	Parcial	2
Etilismo	Alta	5	Parcial	2
Dislipidemias	Alta	5	Parcial	2
Transtornos de ansiedade	Média	4	Parcial	3

Fonte: autoria própria

6.2 Seleção dos nós críticos

O passo seguinte para a elaboração do plano de intervenção consiste na seleção dos “nós críticos”, causas de um problema que, quando atacado, são capazes de impactar o problema principal e transformá-lo definitivamente. Eles são representados por algo sobre o qual é possível intervir, ou seja, que está dentro do espaço de governabilidade da equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Foram identificados como nós críticos:

- Hábitos alimentares inadequados.
- Sedentarismo.
- Nível de conhecimento da doença.

- Abordagem do problema nas consultas.

6.3 Desenho das operações

Primeiramente foram definidos os problemas encontrados na unidade e, a partir da estratificação da relevância e urgência de intervenção, foi descrito o problema de baixa adesão no tratamento do diabetes detectando os “nós críticos” do agravo: hábitos alimentares, sedentarismo e o baixo nível socioeconômico e de conhecimento da doença.

A equipe a partir dos “nós críticos” descritos do problema de baixa adesão no tratamento do diabetes, identificou e propôs projetos e produtos esperados como solução desses problemas.

Quadro 2 - Desenho de operações voltadas para a solução dos nós críticos encontrados na ESF Amor à Vida, Heliadora-MG, 2015.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos alimentares	Menos açúcar	Diminuir a ingestão de carboidratos e triglicérides.	Campanha no PSF com entrega de panfletos.	Apoio dos membros do PSF e financeiro para a produção dos panfletos
Sedentarismo	Caminhada bem-estar	Aumentar a prática de atividades físicas	Carro de anúncios da cidade	Organizacional para a caminhada. Apoio político.
Nível de conhecimento	Hora do saber	Aumentar o conhecimento da população sobre a eficiência da mudança do estilo de vida	Programa de capacitação de agentes e usuários do PSF presentes nas reuniões.	Cognitivo, informação sobre o tema.
Abordagem do problema nas consultas	Momento do diálogo	Analisar o grau de informação dos usuários e transmitir novas informações necessárias a prevenção e manutenção do tratamento.	Melhorar o nível de conhecimento dos usuários do PSF	Cognitivo, informação sobre o tema.

Fonte: autoria própria

6.4 Recursos críticos e análise de viabilidade do plano

Esta etapa tem por finalidade identificar os recursos críticos, os quais são tidos como indispensáveis para a execução da operação e que não estão disponíveis, sendo importante conhecê-los e criar estratégias para que se possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). No quadro seguinte, identificamos os recursos críticos de cada operação:

Quadro 3 - Recursos críticos voltados para o enfrentamento do problema da baixa adesão ao tratamento do diabetes, ESF Amor à Vida, Heliadora, MG, 2015.

Operação/Projeto	
Menos açúcar	Membros do PSF > entrega de panfletos explicativos. Financeiro > financiamento dos panfletos.
Caminhada bem-estar	Organizacional > mobilização social para a realização da caminhada Político > conseguir o carro de anúncio.

De acordo os recursos críticos analisados, identificamos os atores responsáveis pelo controle de cada operação, bem como sua motivação. Propondo em cada caso, ações estratégicas para motivar os atores, de acordo a seguinte tabela:

Quadro 4 - Viabilidade do Plano: enfrentamento do problema da baixa adesão ao tratamento do diabetes, ESF Amor à Vida, Heliadora, MG, 2015.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ações Estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Menos açúcar	Membros do PSF > entrega de panfletos explicativos.	Enfermeira do PSF.	Favorável	Não é necessário
	Financeiro > financiamento dos panfletos.	Secretário de Saúde	Favorável	
Caminhada bem-estar	Organizacional > mobilização social para a realização da caminhada	População	Indiferente	Apresentar o projeto e benefícios na realização da caminhada.
	Político > conseguir o carro de anúncio.	Prefeito	Favorável	

Fonte: autoria própria

6.5 Elaboração do plano operativo

O PSF amor à vida, em reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definiu por consenso a divisão de responsabilidades pelas operações e os prazos para realização de cada produto, de acordo a seguinte tabela:

Quadro 5 - Plano Operativo: enfrentamento do problema da baixa adesão ao tratamento do diabetes, ESF Amor à Vida, Heliadora, MG, 2015.

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Menos açúcar	Diminuir a ingestão de carboidratos e triglicérides.	Campanha no PSF com entrega de panfletos.	Ator Favorável	Agentes Comunitários de Saúde	3 meses
Caminhada bem-estar	Aumentar a prática de atividades físicas	Carro de anúncios da cidade.	Apresentar o projeto e benefícios na realização da caminhada.	Agentes Comunitários de Saúde	Apresentar o projeto em 1 mês e executar em 3 meses.
Hora do saber	Aumentar o conhecimento da população sobre a eficiência da mudança do estilo de vida	Programa de capacitação de agentes e usuários do PSF presentes nas reuniões.	Ator Favorável	Enfermeira, Técnica de enfermagem da unidade Médico da ESF	Início em um mês.
Momento do diálogo	Analisar o grau de informação dos usuários e transmitir novas informações necessárias a prevenção e manutenção do tratamento.	Melhora do nível de conhecimento dos usuários do PSF	Ator Favorável	Médico da ESF	Início em um mês.

Fonte: autoria própria

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise da literatura consultada e do plano de ação, pode-se inferir que o controle do Diabetes Mellitus é de suma importância na atualidade. Os agravos causados por essa doença têm um grande impacto negativo ao longo da vida dos seus portadores. Deve-se, portanto incentivar a promoção da saúde, com base na mudança do estilo de vida, procurando diminuir fatores de risco como o sedentarismo, mudança na dieta e controle adequado da glicemia pelos pacientes que já desenvolveram a doença. Sempre orientando o autocuidado e o apoio familiar principalmente relacionado ao uso adequado da medicação e controle da dieta, pilares fundamentais do tratamento.

REFERÊNCIAS

ALBERTI K. G.; ZIMMET, P.; SHAW J. International Diabetes Federation: a consensus on Type 2 diabetes prevention. **Diabetes Med.** v. 24, n. 5, p. 451-63, 2007.

ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L. L. **Saúde da Família na Atenção Primária.** Curitiba: Ibplex, 2007.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Diagnosis and classification of diabetes mellitus.** **Diabetes Care** [periódico na internet]. v. 35, n. Suppl 1: S64-71, 2012, [acesso em 19 de Outubro de 2015]. Disponível em: http://care.diabetesjournals.org/content/35/Supplement_1/S64.full.pdf+html

BAZOTTE, R. B. **Paciente diabético: Cuidados Farmacêuticos.** Rio de Janeiro: MedBook, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2006. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Editora Hucitec; 2003;

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2. ed. Belo Horizonte: nescon/UFMG, 2010.

FARIA, H. T. G. **Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa.** 2008. 146f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

MARTINEZ, A. G.; CARRERAS, J. S.; HARO, A. E. **Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida.** Madrid: Arán Edicione, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes para o tratamento e Acompanhamento da Diabetes Mellitus.** São Paulo: AC Farmacêutica, 2015. 374p.