

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**GUSTAVO JOSÉ DE MORAIS GONÇALVES**

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA DIABETES  
MELLITUS: POSSIBILIDADE DE READEQUAÇÃO  
DA REALIDADE SITUACIONAL DE UMA UNIDADE  
DE SAÚDE.**

**UBERABA – MG**

**2015**

**GUSTAVO JOSÉ DE MORAIS GONÇALVES**

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA DIABETES  
MELLITUS: POSSIBILIDADE DE READEQUAÇÃO  
DA REALIDADE SITUACIONAL DE UMA UNIDADE  
DE SAÚDE.**

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

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

Uberaba – MG

2015

**GUSTAVO JOSÉ DE MORAIS GONÇALVES**

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA DIABETES  
MELLITUS, POSSIBILIDADE DE READEQUAÇÃO  
DA REALIDADE SITUACIONAL DE UMA UNIDADE  
DE SAÚDE.**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Isabel Aparecida Porcatti de Walsh –  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Examinador 2: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regina Maura Rezende – Universidade Federal  
do Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em Uberaba, 27 de novembro de 2015.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho de conclusão de curso a Deus e a todos aqueles que contribuíram para o meu êxito.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha orientadora Isabel Aparecida Porcatti de Walsh que com muita presteza contribuiu significativamente na construção deste trabalho de Conclusão de Curso, bem como, à Coordenação do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família por proporcionar uma oportunidade de aprendizado e, conseqüentemente, contribuir no meu crescimento pessoal e profissional.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

(Charles Chaplin)

## RESUMO

Com o envelhecimento da população as doenças crônicas estão aumentando sua prevalência contribuindo consideravelmente para a morbidade e mortalidade da população. Entre essas, o diabetes *mellitus* apresenta uma diversidade de fatores que contribuem para níveis aumentados de glicemia. E é uma das principais causas de alterações sistêmicas, prejudiciais a órgãos como o coração, rins e cérebro, elevando o risco de doenças cardiovasculares. Os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos são estratégias terapêuticas importantes para controle das lesões em órgãos-alvos e redução das complicações. Para isso é importante a ação dos profissionais de saúde para promover a adesão do paciente à terapêutica, tendo em vista a complexidade das transformações na vida do mesmo. Neste sentido, na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Miranda II de Araguari (MG), 3,5 % dos pacientes da área de abrangência é diabético, cerca de 70% faz acompanhamento médico periódico, sendo que do total de pacientes, em torno de 40% apenas possuem controle adequado dos níveis. A adesão aos esquemas terapêuticos estabelecidos, não medicamentoso e/ou medicamentoso contribui para o controle inadequado da doença. Diante da realidade demonstrada, objetiva-se propor um projeto de intervenção definindo os motivos que dificultam a adesão ao tratamento do diabetes *mellitus*, levando-se em consideração os pacientes em sua realidade social e os profissionais de saúde. Para isso, a Equipe de Saúde da UBSF Miranda II trabalhou com o Planejamento Estratégico Situacional Simplificado, realizando o diagnóstico situacional, a revisão bibliográfica e a construção do Plano de Ação. Para o acompanhamento do projeto de intervenção, foram elaboradas planilhas simplificadas. O projeto possui como finalidade promover um acompanhamento mais próximo dos pacientes diabéticos, aumentando a adesão ao tratamento evitando-se as complicações. Além disso, objetiva-se orientar a equipe de saúde a solucionar as demandas da população a partir de uma educação permanente tornando as ações da mesma, mais eficazes.

**Palavras chave:** diabetes mellitus tipo 2, tratamento, atenção primária à saúde.

## ABSTRACT

With an aging population, chronic diseases are increasing their prevalence contributing significantly to the morbidity and mortality of the population. Among these, diabetes mellitus presents a variety of factors that contribute to increased blood glucose levels. And it is a major cause of systemic changes, harmful to organs like the heart, kidneys and brain, increasing the risk of cardiovascular disease. The pharmacological and non-pharmacological treatments are important therapeutic strategies for control of lesions in target organs and reducing complications. Therefore, it is important the action of health professionals to promote patient adherence to therapy, given the complexity of the changes in the patient's life. In this sense, in the Family Basic Health Unit (BFHU) Miranda II Araguari (MG), 3.5% of the area covered by the patient is diabetic, about 70% is regular medical monitoring, and the total number of patients in around 40% have only proper control levels. Adherence to established treatment regimens, non-drug and / or drug contributes to the inadequate control of the disease. On the demonstrated fact, the objective is to propose an intervention project setting out the reasons to the adherence to the treatment of diabetes mellitus, taking into account patients in their social reality and health professionals. For this, the BFHU Miranda II Health Team worked with the Strategic Situational Planning Simplified, realizing the situation analysis, the literature review and the construction of the Action Plan. For the monitoring of the intervention design, simplified worksheets were prepared. The project is aimed at promoting closer monitoring of diabetic patients, increasing treatment adherence avoiding complications. In addition, the objective is to guide the health team to resolve the demands of the population from a permanent education making the same actions more effective.

**Key words:** type 2 diabetes mellitus, treatment, primary health care.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACSS – Agentes Comunitários em Saúde

BIREME - Biblioteca Regional de Medicina

DM - Diabetes Mellitus

DM 2 – Diabetes Mellitus tipo 2

ESF – Estratégia em Saúde da Família

SciELO – Scientific Electronic Library Online

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA</b>	<b>12</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>14</b>
<b>4. METODOLOGIA</b>	<b>15</b>
<b>5. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>16</b>
<b>6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b>	<b>19</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>23</b>
<b>8. REFERÊNCIAS</b>	<b>24</b>

## 1- INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Miranda II, está localizada no município de Araguari em um bairro populoso e tradicional da cidade. É responsável por uma população de 3.783 habitantes, sendo deste total, 1.833 são do sexo masculino e 1.950 são do sexo feminino.

Conta com uma equipe de Saúde da Família formada por duas auxiliares de enfermagem, um enfermeiro, uma técnica administrativa, sete agentes comunitários de saúde (ACSs) e um médico.

Apesar de possuir uma estrutura física muito reduzida, por funcionar em uma casa adaptada, a unidade conta com recursos materiais adequados e suficientes para o atendimento à população.

A agenda está organizada para os atendimentos de demanda espontânea e programada, sendo que estes correspondem à maioria dos procedimentos da equipe. Além disso, são realizados em dias pré-determinados os atendimentos de pré-natal, puericultura, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Também são realizados grupos com uma diversidade ampla de temas, escolhidos previamente de acordo com a necessidade da população, identificados pela equipe de saúde.

As doenças crônico-degenerativas são motivos de grande preocupação na área da UBSF Miranda II, principalmente no que tange a dificuldade de controle das mesmas.

Dessa maneira, o diabetes mellitus tipo II, apesar de não ser a doença mais prevalente na área, assume uma grande importância porque é aquela que traz mais dificuldades de controle, tanto medicamentoso quanto dietético. É possível perceber também, que as causas dessa situação estão relacionadas com o velho paradigma de que quem deve usar medicação é só quem tem sintomas. Além disso, alguns pacientes acreditam que quando uma aferição de glicemia periférica está normal elas podem comer qualquer alimento a vontade, mesmo aqueles ricos em carboidratos e açúcares, e que isso não trará nenhuma repercussão clínica.

Conseqüentemente, ocorre o mau controle clínico da doença levando as complicações da mesma, além de gerar uma baixa adesão desse subgrupo da população aos grupos terapêuticos realizados na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

## 2- JUSTIFICATIVA

A adesão pode ser definida como comportamento do paciente adotado após orientação médica com relação a diversos aspectos, que no caso do diabetes mellitus, relaciona-se ao uso de medicação, seguimento de dietas, mudança de estilo de vida ou a adoção de comportamentos protetores à saúde .

O principal objetivo do tratamento do Diabetes Mellitus (DM) relaciona-se à manutenção adequada do controle metabólico, sendo que, a terapia medicamentosa e não medicamentosa, são as bases para o controle da doença (UTEWAAL et al, 2005 apud GOMES-VILLAS BOAS et al, 2014). Esta, representada pela terapia nutricional e prática de exercício físico, é considerada terapia de primeira escolha para o controle do DM, com benefícios evidenciados pela literatura (LOUREIRO et al, 2007 apud GOMES-VILLAS BOAS et al, 2014).

Com relação ao tratamento medicamentoso, a proporção de pessoas com uso diferente daquele prescrito pelo médico, levando a falência do tratamento, varia entre 7% e 64% (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003 apud GOMES-VILLAS BOAS et al, 2011). Sieber & Kaplan (2000), menciona em seu trabalho que os pacientes estão mais propensos a não adesão pelo fato de que as doenças crônicas em sua maioria apresentam-se com pouco ou nenhum sintoma, logo a ausência de queixas físicas pode representar falta de motivação para o uso de medicações. Especialmente os pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2, a adesão ao tratamento medicamentoso é consideravelmente baixa pelo caráter assintomático da doença, gerando a crença de que o uso da medicação é prescindível. Além disso, existem diversos outros fatores associados à baixa adesão ao tratamento, como o mau controle glicêmico (SILVA et al, 2006 apud GOMES-VILLAS BOAS et al, 2011 ).

O paciente com DM2 apresenta risco importante para o desenvolvimento de complicações graves, agudas ou crônicas, que associadas ao processo de envelhecimento, podem afetar as habilidades para o autocuidado, ocasionando maior complexidade do regime terapêutico e menores chances de adesão ao tratamento (SELEY & WEINGER, 2007 apud GOMES-VILLAS BOAS et al, 2011).

Araújo et al (1999), refere em seu estudo, que ainda não existem programas específicos de cuidado formulados, no entanto o atendimento de pacientes

portadores de doenças crônicas vem se processando de forma mais importante nos serviços de atenção primária. Além disso, relata também que a avaliação atual do cuidado de pacientes diabéticos ao nível primário, torna-se elemento essencial para o estabelecimento de metas e condutas que atendam a população de forma efetiva.

Neste contexto, a escolha de tal tema está relacionada à vivência na Unidade Básica de Saúde da Família Miranda II, pela evidência do grande número de pacientes com controle glicêmico inadequado na população adscrita, tendo em vista a gravidade das complicações advindas de tal situação, criando uma proposta de intervenção para uma readequação da realidade vigente na área de abrangência da referida unidade.

### **3- OBJETIVOS**

#### **Objetivo geral:**

Propor um plano de intervenção para aumentar a adesão das pessoas com Diabetes Mellitus ao tratamento.

#### **Objetivos Específicos:**

- 1- Aumentar o nível de conhecimento das pessoas com a doença e seus familiares, favorecendo o controle glicêmico dos pacientes.
- 2- Estimular a equipe por meio de educação permanente a reavaliar suas condutas readequando-as para tornar o cuidado eficiente no sentido de favorecer a adesão dos pacientes ao tratamento.
- 3- Estimular os pacientes na aquisição de hábitos saudáveis para melhor controle da doença e, principalmente, para a prevenção de complicações.

#### 4- METODOLOGIA

O diagnóstico situacional da realidade da UBSF Miranda II foi estabelecido no primeiro semestre de 2015 a partir de reuniões com a equipe, levantando dados sobre as doenças prevalentes e causas de morbidade e mortalidade na população adscrita. Foi utilizado o método de estimativa rápida com a captação de dados suficientes para o projeto (CAMPOS *et al.*, 2010). Também, foi realizada a coleta de informações, pelos ACSs, para a quantificação dos pacientes com controle inadequado de Diabetes Mellitus tipo II de cada micro área.

O levantamento dos dados foi feito a partir dos prontuários e informações colhidas diretamente com os pacientes durante as consultas médicas, estas realizadas por meio de questionário semi-estruturado. Além disso, foram utilizados dados do SIAB 2015. Após a coleta de dados, os mesmos foram elaborados e trabalhados para a construção do diagnóstico situacional.

Utilizando a metodologia do Planejamento Estratégico, e seus dez passos, conforme Cecílio (1997) *apud* Campos *et al* (2010), os problemas da área foram elencados, sendo priorizado o problema da falta de controle glicêmico das pessoas com DM. Posteriormente, este problema foi explicado e a falta de adesão das pessoas com DM ao tratamento foi identificada como nó crítico. Com esta mesma metodologia foram definidas as operações, realizada a análise de viabilidade e a proposta de gestão do Plano.

O levantamento bibliográfico sobre o assunto foi realizado com busca nas bases de dados eletrônicos da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), do Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e do Ministério da Saúde (MS) utilizando-se como descritores as palavras: Atenção Primária, Diabetes Mellitus tipo 2 e Tratamento. Esta pesquisa subsidiou a formulação do plano de intervenção.

## 5- REFERENCIAL TEÓRICO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente de falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente suas funções, o que resulta em hiperglicemia crônica. É um problema mundial de saúde pública e uma das principais síndromes crônicas que afetam a humanidade, independentemente das condições socioeconômicas, status e localização geográfica (LANDIM, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Silva *et al.* (2010), destaca que a doença se apresenta como a sexta causa mais frequente de internação hospitalar no Brasil e contribui de forma significativa (30% a 50%) para outras causas como Cardiopatia Isquêmica, Insuficiência Cardíaca, Colecistopatias, Acidente Vascular Encefálico e Hipertensão Arterial Sistêmica, sendo que as hospitalizações ocorrem pelas descompensações agudas, advindas do controle inadequado da doença e de complicações oculares (cegueira), renais (insuficiência renal), neurológicas e vasculares (amputações de membros inferiores), o que enfatiza a necessidade de um acompanhamento para o controle adequado dos níveis glicêmicos e pressóricos e prevenção das complicações e/ou sequelas.

Nesse sentido, o tratamento dessa doença de caráter endócrino metabólico é extremamente desafiante pelo requerido grau de envolvimento do paciente e família na adoção de hábitos salutarres, ao longo de toda a vida. Além disso, diversos fatores influenciam a adesão ao tratamento e controle adequado dos níveis glicêmicos (OIGMAN, 2006).

Silva *et al.* (2011), relata em seu estudo que é essencial compreender as barreiras implicadas na baixa adesão aos pilares do tratamento do DM na rede pública, sendo fundamental também para a reorientação das ações de saúde, com abrangência local, para superação dos obstáculos à efetivação das metas preconizadas pela ESF.

A adesão dos pacientes com a doença ao tratamento tem sido um importante desafio para os serviços de saúde e para os profissionais das ESFs, relacionando o fato às grandes mudanças de estilo de vida que esses pacientes serão submetidos (CHACRA *et al.*, 1998; BISHOP *et al.*, 1994).

Ademais, a efetividade da adesão ao tratamento é dependente da atitude ativa, voluntária e colaborativa dos pacientes e dos profissionais de saúde, visando a



mudança de comportamento do primeiro, a partir do reconhecimento da importância das orientações passadas e do uso regular das medicações prescritas (REACH, 2003; PEPE & CASTRO, 2000)

Nesse sentido, Golin et al (1996) afirma em seu estudo, que a informação é um fator chave para que os pacientes possam participar ativamente nas decisões acerca da sua saúde. O fornecimento de informações corretas é um aspecto básico e essencial para que o paciente faça as escolhas referentes à sua saúde conscientemente e, a partir dessa autonomia, possibilitar o enfrentamento das dificuldades e incertezas (PAUL & FONSECA, 2001).

A família também pode se tornar parte importante do sistema de saúde para seus membros, já que nela se cria um conjunto de valores, conhecimentos, crenças e práticas que podem influenciar positivamente no tratamento dos pacientes.

Nesse sentido, Beltrame *et. al* (2012) relata em seu estudo, que a família é uma ferramenta fundamental na vida do diabético, enfatizando a importância da sua integração para o tratamento do seu ente com a doença, pois as mudanças são muitas e a família é a base para que as atitudes frente ao tratamento sejam efetivas.

Outro fator importante para a adesão dos pacientes com DM2 com relação ao tratamento é a necessidade de capacitação da própria equipe por meio de uma educação permanente.

Rodrigues et al (2010, p.536), enfatiza em seu trabalho que:

“As doenças crônicas, em especial o Diabetes Mellitus estão cada vez mais prevalentes na população brasileira e a atualização dos profissionais da área da saúde faz-se absolutamente necessário. Sensibilizar e envolver a equipe em discussões sobre o cotidiano, as informações atuais, os desafios de maior integração aos estilos de vida dos usuários e os desafios da construção do autogerenciamento de processos e condutas terapêuticas contribui significativamente para mudar a situação de vulnerabilidade que a doença impõe aos seus portadores, assim como reduzir ou dificultar suas complicações.”

Além disso, Rodrigues et al (2010, p.536), reitera que:

“[...] o processo de Educação Permanente em Saúde contribuiu para melhorar a qualificação dos profissionais,

uniformizar e sistematizar um atendimento ao usuário com diabetes em termos de integralidade, educação em saúde e desenvolvimento do autogerenciamento.”

Outro ponto fundamental e que possui papel inquestionável no controle do diabetes mellitus tipo 2 e na prevenção de complicações microvasculares e macrovasculares, relaciona-se à prática de exercício físico regular e alimentação adequada para a doença.

No caso do seguimento do plano alimentar ainda existe um grande desafio na adesão, já que os hábitos alimentares têm suas bases fixadas no núcleo familiar e que são adquiridos na infância (LERMAN, 2005).

Para Faria et al (2013), a criação de grupos de convivência, integrados por profissionais qualificados, portadores de diabetes mellitus tipo 2 aderentes e não aderentes e seus familiares, constitui-se em uma boa alternativa para compartilhar as experiências com resultados positivos e, também, as barreiras enfrentadas pelos pacientes e profissionais para alcançar a adesão ao tratamento medicamentoso, seguimento do plano alimentar e exercício físico.

Enfim, Cortez et al (2015) discute em seu estudo que o aparecimento das complicações nos pacientes com a doença não estão relacionadas ao tempo de exposição clínica da doença, mas também, diretamente associadas ao tratamento que receberam durante a vida. Enfatiza também, que a identificação dos pacientes que não conseguem realizar o autocuidado a fim de manter o controle adequado da doença, pode ser uma estratégia para viabilizar a adoção de medidas que possam minimizar o surgimento de complicações da doença, reforçando ainda a necessidade de reconhecer os motivos do paciente para o não envolvimento com o tratamento, trabalhando-os com medidas que visem o aumento da confiança e da segurança do paciente no profissional de saúde.

## 6- PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A explicação do controle glicêmico inadequado pode ser observada em fatores relacionados à equipe de saúde na abordagem e manejo do paciente, ao próprio paciente e à complexidade do tratamento que a doença pode exigir.

Pode-se pensar nesse processo da seguinte forma: o controle inadequado do DM2 pode ser resultado de um tratamento medicamentoso inadequado e mudanças no estilo de vida não adotadas pelo paciente (atividade física e dieta). Aquele pode ser resultante de posologia difícil e efeitos colaterais das mesmas. Esta pode ser explicada por uma consciência pré-concebida, criando um paradigma de que, tais medidas, não alteram o curso da doença. Contribuindo ao fato, e dificultando tanto o tratamento medicamentoso quanto a mudança de estilo de vida, a informação que é transmitida ao paciente pode não estar sendo compreendida da maneira correta, influenciando de maneira negativa no controle glicêmico. Outro fator colaborador é a rigidez com que as informações são transmitidas aos pacientes pela equipe de saúde, sem conhecer a realidade, concepções e as possibilidades daqueles que apresentam a doença favorecendo ainda mais o controle inadequado.

Portanto, tudo o que foi descrito colabora de forma determinante a adesão do paciente à terapia farmacológica e não farmacológica da doença levando ao seu controle inadequado.

A partir do que foi descrito anteriormente, podemos destacar os nós críticos do problema:

- Compreensão inadequada das informações pelos pacientes
- Mudanças comportamentais não adotadas pelos pacientes
- Transmissão rígida das informações pela equipe de saúde

As ações relativas a cada nó crítico serão detalhadas a seguir, nos quadros de 1 a 3.

**Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico compreensão inadequada das informações pelos pacientes” relacionado ao problema baixo nível de informação da população sobre o Diabetes Mellitus tipo 2 “, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Miranda II, em Araguari, Minas Gerais.**

Nó crítico 1	Compreensão inadequada das informações pelos pacientes
Operação	Aumentar o nível de conhecimento da população adscrita com diabetes mellitus por meio de visitas domiciliares.
Projeto	Conhecer
Resultados esperados	Diabéticos e familiares bem informados sobre a doença
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação da população com a doença, orientando pacientes com a doença e familiares, favorecendo o autocuidado.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico: Orientações específicas, prescrições e avaliação de complicações da doença. Agentes comunitários em saúde: Orientações gerais, acompanhamento próximo das famílias e avaliação das necessidades do paciente.
Recursos necessários	Estrutural: agenda organizada de acordo com o risco do paciente  Cognitivo: Conhecimento teórico amplo da doença  Financeiro: Não requer
Recursos críticos	Não apresenta
Controle dos recursos críticos/ Viabilidade	Ator que controla: Não se aplica Motivação: Não se aplica Viável
Ação estratégica de motivação	Apresentação do projeto
Responsáveis:	Médico e agentes comunitárias de saúde
Cronograma/prazo	02/2016
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestão e acompanhamento realizados pelo médico e avaliação subjetiva por questionamentos sobre entendimento do tratamento da doença.

Fonte: GONÇALVES, 2015.

**Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico mudanças comportamentais não adotadas pelos pacientes com DM 2” relacionado ao controle glicêmico inadequado na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Miranda II, em Araguari, Minas Gerais.**

Nó crítico 2	Mudanças comportamentais não adotadas pela população
Operação	Mudar os conceitos dos pacientes sobre a doença
Projeto	Quebrando paradigmas
Resultados esperados	População adscrita com mudança de hábitos e estilo de vida
Produtos esperados	Grupos operativos para orientação e estimulação de uma vida saudável
Atores sociais/ responsabilidades	Médico: organizar e executar as ações Equipe: disponibilizar espaço físico e convocar os pacientes
Recursos necessários	Estrutural: espaço físico adequado para a realização dos grupos e cadeiras  Cognitivo: Conhecimento multidisciplinar  Financeiro: Não requer
Recursos críticos	Não apresenta
Controle dos recursos críticos/ Viabilidade	Ator que controla: Não se aplica Motivação: Não se aplica Viável
Ação estratégica de motivação	Apresentação do projeto
Responsáveis:	Médico
Cronograma/prazo	02/2016
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestão realizada pelo médico com acompanhamento mensal e avaliação bimestral com glicemia capilar

Fonte: GONÇALVES, 2015.

**Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico transmissão rígida das informações pela equipe de saúde” relacionado ao controle inadequado do DM2 na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Miranda II, em Araguari, Minas Gerais**

Nó crítico 3	Transmissão rígida das informações pela equipe de saúde
Operação	Estimular a equipe a continuamente fazer uma autorreflexão sobre os resultados de seu trabalho.
Projeto	Educação mais que permanente
Resultados esperados	Capacitar a equipe a reconhecer necessidades e orientar condutas centradas nos paciente.
Produtos esperados	Programa de capacitação para autorreflexão no processo de trabalho.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde: Readequar processo de trabalho a partir do próprio trabalho
Recursos necessários	Estrutural: Sala de reuniões, cadeiras e mesa.  Cognitivo: Autorreflexão sobre o processo de trabalho.  Financeiro: Não requer
Recursos críticos	Não apresenta
Controle dos recursos críticos/ Viabilidade	Ator que controla: Não se aplica Motivação: Não se aplica Viável
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto a equipe
Responsáveis:	Médico, agentes comunitárias de saúde, enfermeiro e auxiliares de enfermagem
Cronograma/prazo	02/2016
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestão feita pelo médico com acompanhamento semanal e avaliação realizada por meio de relatos pessoais da própria equipe

Fonte: GONÇALVES, 2015.

## **7- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A consolidação dos conhecimentos adquiridos no Curso de Especialização em Saúde da Família foi possível a partir da construção da Proposta de Intervenção. Foi construída uma proposta para modificar a realidade da UBSF Miranda II, direcionando as ações para problemas prioritários, possibilitando uma readequação do cotidiano e aprimoramento da abordagem da Equipe de Saúde aos usuários oferecendo uma assistência de qualidade.

O Diabetes Mellitus tem grande impacto na sobrevivência da população e na morbimortalidade geral, com sobrecarga dos serviços de pronto atendimento e incremento no número de internações. Nesse sentido, a mobilização da equipe no sentido de traçar estratégias para melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento é primordial. Além disso, a capacitação dos profissionais de saúde por meio da educação permanente é fundamental para melhorar a abordagem dos pacientes e para melhor compreensão da dinâmica da doença, bem como trabalhar em conjunto com as famílias garantindo maior sucesso das ações de promoção à saúde.

Através da proposta de intervenção objetiva-se melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes, a adesão aos tratamentos, medicamentoso e não medicamentoso, bem como promover ações para melhorar a qualidade de vida com redução dos fatores de risco e conseqüentemente de complicações.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, R.B.; SANTOS, I.; CAVALETI, M. A.; COSTA, J. S. D.; BÉRIA, J. U.. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. **Rev. Saúde pública.** vol.33 n.1 São Paulo, Fev.1999.
- BELTRAME, V.; BRUGNEROTTO, M.; TRENTINI, M.; MADUREIRA, V. S. F.; A convivência com diabetes mellitus tipo 2. **Saúde meio ambiente** v.1, n.1, 105-16, jun. 2012.
- BISHOP, G.D. Health psychology: integrating mind and body. Boston: Allyn and Bacon; 1994.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : il.
- CECILIO, L. C. O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental In: MERHY, E. E. ; ONOCKO, Rosana (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 151-167.
- CHACRA, A.R.; LERÁRIO, D.D.G. Novos avanços na terapia do diabetes do tipo 2. Rev V. 15. Nº 01 . Jan/Abr. 2012 Rev. Enfermagem Revista 100 Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, 1998;8:914-22.
- CORTEZ, D.N.; REIS, I.A.; SOUZA, D.A.S.; MACEDO. M.M.L.; TORRES, H.C. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta paul. Enferm.** 28(3), São Paulo, May/June 2015.
- FARIA, H.T.; RODRIGUES, F.F.; ZANETTI, M.L.; ARAÚJO, M.F. Damasceno MM. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm.** 26(3) p. 231-7, 2013.
- GOLIN, C.E.; DIMATTEO, M.R.; GELBER, G.L. The Role of Patient Participation in the Doctor Visit. Implications for adherence to diabetes care. **Diabetes Care** 1996;9(10):1153-1164
- GOMES-VILLAS BOAS, L. C.; FOSS-FREITAS, M. C.; PACE, A. E.. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. **Rev. Bras. Enferm.** Vol.67 n.2 Brasília Mar./Abr. 2014.
- GOMES-VILLAS BOAS, L.C.; FOSS, M.C.; FOSS-FREITAS, M.C.; TORRES, H.C.; MONTEIRO, L.Z.; PACE, A.E. Aderência à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Enferm.** Vol.20 n.2 Florianópolis Apr./Jun. 2011.
- LANDIM, C. A. R. A competência de pessoas com diabetes mellitus para o autocuidado em um programa educativo multiprofissional. Ribeirão preto. 2009.153 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2009.
- LERMAN, I. Adherence to treatment: a key for avoiding long-term complications of diabetes. **Arch Med Res.** 36(3) p. 300-6, 2005.



LOUREIRO, I. Adesão ao regime terapêutico da diabetes. **Rev. Port. Diabetes.** 2007; 2(2): 18-21.

OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão.** Vol.13. p. 30-34. São Paulo, 2006.

OLIVEIRA, et al. Global burden of disease attributable to diabetes mellitus in Brazil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 25(6): 1234-1244, jun. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: competentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília (DF): OMS; 2003.

PAÚL, C.; FONSECA, A.M. Psicossociologia da Saúde. **Public Health Reports** 2001;12(4):78-90.

PEPE, V.L.E.; CASTRO C.G.S.O. A Interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Caderno de Saúde Pública,** 2000;16:815-22.

REACH, G. Observance in diabetes: from therapeutic education to therapeutic alliance. **Ann Med Interne,** 2003;154:117-20.

RODRIGUES, A. C. S, et al. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Rev. Esc. Enferm. USP,** 44(2): 531-7, 2010.

SELEY, J.J.; WEINGER, K. The state of the science on nursing best practices for diabetes self-management. **Diabetes Educ.** 2007 Jul-Aug; 33(4): 616-26.

SIEBER, W.J.; KAPLAN, R.M. Informed adherence: the need for shared medical decision making. **Control Clin. Trials.** 2000 oct; 21 (5Suppl): 233S-40S.

SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J.; CARDOSO, H. Adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus: a importância das características demográficas e clínicas. **Rev. Referência.** 2006 Jun; 2(2): 34-41.

SILVA, L.M.C, et al. Aposentados com diabetes tipo 2 na Saúde da Família em Ribeirão Preto, São Paulo – Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP,** 44(2): 462-8, 2010.

SILVA A.S.B.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, C.R.S. Damasceno MMC, Camilo J, Zanetti ML. Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde. **Texto Contexto Enferm.** 20(3) p. 512-8, 2011.

UITEWAAL, P.; HOES, A.; THOMAS, S.. Diabetes education on Turkish immigrants diabetics: predictors of compliance. **Patient Educ. Couns.** Vol.57 n.2, p.158-61, 2005.