

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

Maria Carulina Malafaia de Aquino Guarçoni

INTERVENÇÃO COM ATIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE
DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Patrocínio do Muriaé - Minas Gerais

2014

Maria Carulina Malafaia de Aquino Guarçoni

**INTERVENÇÃO COM ATIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE DIABETES
MELLITUS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
PATROCÍNIO DO MURIAÉ**

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, em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a Dra. Palmira de Fátima Bonolo

Patrocínio do Muriaé - Minas Gerais

2014

Maria Carulina Malafaia de Aquino Guarçoni

**INTERVENÇÃO COM ATIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE DIABETES
MELLITUS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
PATROCÍNIO DO MURIAÉ**

Banca examinadora:

Profa. Dra. Palmira de Fátima Bonolo

Profa. Ms. Eulita Maria Barcelos

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

Patrocínio do Muriaé - Minas Gerais

2014

RESUMO

O diabetes mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas que se caracteriza por hiperglicemia e está relacionado a múltiplas complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, principalmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. A natureza crônica do DM, a gravidade das complicações e os meios necessários para controlá-la, tornam esta doença muito onerosa, não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, mas também para o sistema de saúde. Pesquisadores esclarecem a relação da incidência da doença com a baixa escolaridade. Este trabalho se justifica pela alta prevalência de diabetes na população de Patrocínio do Muriaé, assim como de pacientes com complicações da doença, que muitas vezes por falta de conhecimento, recebem o diagnóstico tardiamente ou não seguem o tratamento adequadamente. O objetivo do projeto é aumentar o conhecimento da população a respeito do diabetes mellitus e conseqüentemente aumentar a adesão ao tratamento e diminuir as complicações tardias do diabetes, assim como aumentar o diagnóstico oportuno com aumento da cobertura de consultas e exames diagnósticos na população assistida pela equipe da Estratégia Saúde da Família do Posto de Saúde da Família (PSF) Maria Aparecida de Lima Campos, no Município de Patrocínio do Muriaé-MG. A metodologia selecionada foi a utilização do planejamento estratégico situacional para a análise situacional em saúde com definição do diabetes como doença prevalente. Houve a proposta de confecção e distribuição de panfletos informativos, ações educativas e a aplicação de entrevista a população alvo para avaliar o aprendizado a respeito do tema.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Diabetes mellitus (DM) is a group of metabolic diseases characterized by hyperglycemia and complications associated with dysfunction and failure of various organs, particularly eyes, kidneys, nerves, brain, heart and blood vessels. The chronic nature of diabetes, the severity of complications and, the difficulties to control it, makes diabetes with many negative impacts, not only for the affected individuals and their families, but also for the health system. Researchers demonstrated the relationship of the incidence of the disease with low education. This work is justified by the high prevalence of diabetes in the population of Patrocínio de Muriaé, as well as patients with complications of the disease, which often for lack of knowledge, are diagnosed late or have problem to adhere treatment. The project goal is to increase people's knowledge about diabetes mellitus and consequently increase adherence to treatment and reduce late complications of diabetes, as well as increase the diagnosis with increased coverage of consultations and diagnostic tests in the population assisted by staff Health of the Family Health Strategy, PSF Maria Aparecida de Lima Campos, in the city of Patrocínio de Muriaé-MG. The methodology was the use of strategic planning for the situational analysis in health with diabetes definition as prevalent disease. There was a proposal for preparation and distribution of informational pamphlets, educational activities and the interview application the target population to assess learning on the subject.

Keywords: Diabetes Mellitus. Primary Health Care. Health Education.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. JUSTIFICATIVA	12
3. OBJETIVO	13
4. METODOLOGIA	14
5. REVISÃO DE LITERATURA	15
6. PROJETO DE INTERVENÇÃO	22
7. CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	28

1. INTRODUÇÃO

Os dados históricos sobre a criação do município relatam que os índios Puris habitaram a região de Patrocínio do Muriaé até o século XIX. Em 1817, o francês Guido Tomás Marlière desbravou a território e fundou um pouso na foz do ribeirão conhecido atualmente como Cachoeira Alegre, a partir de então o povo de origem europeia passou a habitar na região. Por volta de 1820, algumas famílias se estabelecem cerca de meia légua além de Cachoeira Alegre, dando origem à Fazenda da Provenção, as margens do rio Muriaé, cujo proprietário era Constantino José Pinto. Em 1830, o nome da cidade surgiu quando a família de Antônio Rodrigues dos Santos adquiriu a fazenda de Constantino Pinto e doa um terreno para a construção de uma capela em homenagem a Nossa Senhora do Patrocínio. O vilarejo passa então a se chamar Nossa Senhora do Patrocínio do Muriaé (PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ).

Em 08 de Junho de 1858, o vilarejo é elevado a categoria de Distrito por Lei Provincial e em 1859 tem seu nome reduzido para Patrocínio do Muriaé. Em 1885, a inauguração da estação ferroviária, leva várias famílias a fixarem moradia na região e em 12 de Dezembro de 1953, pela lei nº 1039, emancipa-se, elevando-se à categoria de município (PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ).

Descrevendo os aspectos geográficos do município, está localizado na região sudeste de Minas Gerais, também conhecida como Zona da Mata Mineira. A cidade fica há uma distância de 388 km de Belo Horizonte, capital mineira, e a 25 km de Muriaé, cidade de médio porte mais próxima. Tem uma área total de 108,24 Km², fica a 209 m de altitude e o clima é tropical com estação seca. (DB city.com). A população da cidade é de 5.352 habitantes, sendo 4.308 na zona urbana e 979 na zona rural. São 2.254 domicílios particulares permanentes (IBGE, 2010).

Em relação aos aspectos socioeconômicos, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade é de 0,682. O abastecimento de água tratada e o recolhimento de esgoto por rede pública é de 80% (IBGE, 2010).

As principais atividades econômicas da cidade são agricultura, pecuária, psicultura, confecções e indústria. O setor industrial é composto por pequenas empresas com destaque

para confecções de roupas e uma indústria de olaria (CESAG), além de um laticínio e uma fábrica de biscoito. Os principais produtos da agricultura da cidade são: arroz-em-casca, cana-de-açúcar, café, feijão, mandioca, milho, laranja, tomate e banana. Na pecuária o destaque fica para as criações de bovinos, galináceos, suínos, caprinos, muares, equinos, ovinos, coelhos e codornas, além da produção leiteira. A bovinocultura de leite é a principal atividade geradora de renda para os produtores rurais da cidade. A caprinocultura está em expansão em Patrocínio do Muriaé (PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ).

O valor do rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios particulares permanentes na zona rural é de R\$ 405,00 e o da zona urbana de R\$ 500,00. O valor do rendimento nominal médio mensal dos domicílios particulares permanentes com rendimento domiciliar, por situação do domicílio na zona urbana é de R\$ 1.805,27. (IBGE, 2010)

Quanto aos aspectos demográficos a população residente de homens é de 2.650 pessoas (50,1%) e 2.637 de mulheres (49,9%). Considerando a população adulta, 90,6% são alfabetizados e 9,4% analfabetos. Considerando a faixa etária alvo desse projeto de intervenção, ou seja, pessoas com 30 anos ou mais, a cidade possui 1502 homens e 1521 mulheres (IBGE, 2010).

Em se tratando do Sistema Local de Saúde o Conselho Municipal de Saúde é constituído por usuários (50%), trabalhadores de saúde (25%), representantes do governo e prestadores de serviços (25%), sendo que o mesmo funciona de forma ativa e as reuniões são realizadas mensalmente.

Quando a população de Patrocínio do Muriaé necessita de tratamentos especializados é encaminhada para as redes de média e alta complexidade, ou seja, segue para unidades ambulatoriais especializadas ou hospitais com organizações de alta densidade tecnológica situada na cidade de Muriaé. Porém, a comunicação entre os diferentes níveis de atenção a saúde não ocorre satisfatoriamente, dessa maneira, o sistema de referência e contra referência não funciona.

A Unidade Básica de Saúde na qual o projeto será desenvolvido dispõe de 20 funcionários, sendo 02 médicos, 01 psicóloga, 01 fonoaudióloga, 01 fisioterapeuta, 01 enfermeira, 03 técnicas de enfermagem, 05 agentes comunitários de saúde (ACS), 01 assistente social, 01

nutricionista, 01 dentista, 01 auxiliar em saúde bucal, 01 recepcionista e 01 faxineira. A carga horária dos médicos é de 32 horas semanais e a carga horária dos agentes comunitários, técnicas de enfermagem, enfermeira, recepcionista e faxineira é de 40 horas semanais.

Patrocínio do Muriaé dispõe de 03 unidades básicas de saúde. A cidade possuía também um pronto socorro que atualmente está fechado por falta de verba e por não possuir equipamentos básicos para atendimento de urgência/emergência como aparelho de eletrocardiograma (ECG), desfibrilador e material para intubação orotraqueal. A cidade não possui hospitais e nem clínicas de especialidades.

O município possui 01 escola municipal e outra estadual, 01 creche está em processo construção, 01 unidade do correio, algumas igrejas (02 católicas e 13 evangélicas), 03 agências bancárias. A maior parte da população tem acesso a luz elétrica e água tratada.

Contextualizando as Unidades Básicas de Saúde, Patrocínio do Muriaé possui 03 Unidades Básicas de Saúde, sendo 02 localizadas no centro da cidade para o atendimento da população urbana e outra localizada na zona rural. As unidades ficam localizadas em locais de fácil acesso a comunidade e funcionam das 7h às 16hrs.

As estruturas físicas são boas, tem bons espaços e estão em bom estado de conservação. A unidade do centro, na qual trabalhamos tem um espaço que atende todos os procedimentos necessários em uma unidade.

O município possui uma farmácia popular que fornece medicações gratuitas a população. Fica localizada ao lado da unidade de atendimento, é de fácil acesso, porém frequentemente faltam medicamentos.

A prefeitura disponibiliza 01 carro para as visitas domiciliares realizadas pelas unidades básicas, porém frequentemente o carro está ocupado atendendo outros setores do município ou então falta combustível e as visitas precisam ser adiadas.

A equipe identificou algumas necessidades na área de abrangência, e selecionou os principais problemas encontrados, sendo eles:

- Diabetes (DM)

- Hipertensão arterial
- Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)
- Etilismo
- Doenças psiquiátricas em geral (depressão, transtorno de ansiedade, transtorno bipolar, outras)
- Doenças musculoesqueléticas

Discutindo com a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, baseando nos atendimentos na unidade de saúde dos pacientes cadastrados na área de abrangência e nos registros dos agentes comunitários de saúde, estabelecemos a seguinte ordem de prioridade: a hipertensão arterial foi identificada como o principal problema, já que é a doença de maior prevalência e pelo fato de ser uma patologia que quando não tratada pode levar a sérios riscos para a saúde. Em segundo lugar ficou o diabetes, pois também é uma doença muito prevalente na área, há pouco conhecimento por parte da população sobre a doença e suas complicações, e temos muitos pacientes já com complicações tardias da doença. Em terceiro permaneceu as doenças musculoesqueléticas, sendo a principal procura na demanda espontânea da Estratégia Saúde da Família. Em quarto as doenças psiquiátricas, sendo altíssimo o número de pacientes usuários de psicotrópicos. Em quinto o etilismo, em sexto a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), que ficou por último por ter menor incidência, não por ser menos importante. A equipe escolheu então o diabetes, por ser uma doença de alta prevalência, de pouco conhecimento pela população, e por ter graves consequências para a saúde quando não tratada adequadamente.

A população com diabetes está aumentando devido ao crescimento e envelhecimento populacional, a maior urbanização, a crescente prevalência da obesidade e do sedentarismo, bem como da maior sobrevivência de pacientes com DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

No início do século XXI, calculou-se que 5,2% de todos os óbitos no mundo se atribuíam ao diabetes, tornando o DM a quinta principal causa de morte no mundo. Parcela importante desses óbitos é precoce, ocorrendo quando esses indivíduos ainda contribuem economicamente para a sociedade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014). Dados mais recentes referentes a brasileiros de 20 anos de idade ou mais, evidenciam um

aumento na taxa de diabetes autorrelatado de 3,3% em 1998 para 5,3% em 2008 (SCHMIDT, 2011).

Estimativas sugerem que a economia brasileira terá uma perda na economia de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 devido a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes da presença de três doenças crônicas – diabetes, doença do coração e acidente vascular encefálico (MALTA, 2013).

De acordo com estudos recentes da Associação Americana de Diabetes apenas três em cada 10 adultos de 40 anos ou mais que possuem fatores de risco modificáveis para o DM acreditam que eles têm "muito" ou "um pouco" de risco de desenvolver diabetes (ALEXANDRIA, 2014).

2 JUSTIFICATIVA

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença de alta prevalência, de pouco conhecimento pela população, e tem graves conseqüências para a saúde quando não tratada adequadamente. No ano de 2013 foram registrados através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 176 casos de diabetes na cidade de Patrocínio do Muriaé, correspondendo a 3,5% da população total. A equipe da Estratégia Saúde da Família, da PSF Maria Aparecida de Lima Campos, pôde perceber que muitos pacientes ainda são diagnosticados já com alguma seqüela da doença devido ao diagnóstico tardio, além disso, muitos pacientes diagnosticados com diabetes não seguem as recomendações médicas, por falta de conhecimento sobre o que é doença, muitas vezes não entendem a importância do controle da doença ou tem pouco conhecimento sobre como controlar a doença e evitar suas complicações.

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de diabetes mellitus. A equipe analisou os problemas levantados e considerou que a nível local temos recursos humanos e materiais para realizar um Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

Por meio deste Projeto de Intervenção (PI) buscaremos intervir aumentando o conhecimento da população alvo a respeito do DM.

3 OBJETIVO

Elaborar um Projeto de Intervenção utilizando atividades educativas para aumentar o conhecimento da população a respeito do diabetes mellitus e conseqüentemente aumentar a adesão ao tratamento e diminuir as complicações tardias do diabetes na população assistida pela equipe da Estratégia Saúde da Família no PSF Maria Aparecida de Lima Campos, no Município de Patrocínio do Muriaé-MG.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção a equipe da ESF Maria Aparecida de Lima Campos irá confeccionar um panfleto informativo com esclarecimentos sobre o que é o diabetes, como prevenir a doença, como controlar a doença quando ela já está instalada e a importância deste controle para evitar as complicações do diabetes. Após a confecção do panfleto a equipe irá distribuí-lo em todas as casas da comunidade, além de deixá-lo sempre disponível no balcão da unidade de saúde. Além disso, realizaremos palestras e atividades educativas sobre diabetes ESF, onde explicaremos com mais detalhes sobre o tema e poderemos tirar as dúvidas da população. Para mensurarmos a efetividade do plano de intervenção, ou seja, para verificarmos se o plano realmente aumentou o conhecimento da população a respeito do diabetes, vamos aplicar um mesmo questionário antes e depois da intervenção, para avaliarmos se a mesma foi capaz de aumentar o conhecimento população.

Ao mesmo tempo em que a educação em saúde para orientação e informação sobre o diabetes mellitus e suas complicações, a Equipe da Saúde da Família aumentará a oferta de diagnóstico oportuno de acordo com o maior acesso da população alvo na Unidade Básica de Saúde.

Para o desenvolvimento deste Projeto foram utilizados os seguintes principais descritores: Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde.

5 REVISÃO DE LITERATURA

O diabetes mellitus é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, que ocorre devido a defeitos de secreção e/ou ação da insulina, como a destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros. Esta doença pode trazer sérias complicações para o organismo, como disfunções e insuficiência de vários órgãos, principalmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2006).

Atualmente a classificação do DM é baseada na etiologia, a classificação relacionada ao tipo de tratamento não é mais utilizada, “portanto os termos DM insulino dependente e insulino independente, não devem ser usados para classificação da doença”. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Associação Americana de Diabetes ADA propuseram uma classificação em que inclui quatro classes clínicas, que corresponde à classificação adotada pelas diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes de 2013-2014, são elas: “DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Há ainda, duas categorias referidas como pré-diabetes, estas não são consideradas entidades clínicas, mas representam fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares, são elas: glicemia de jejum alterada” e tolerância a glicose diminuída (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014.p.5).

“Cerca de 5% a 10% dos casos de DM correspondem ao DM1. Essa classe se desenvolve devido a destruição de células betapancreáticas levando a deficiência de insulina”. Na maioria das vezes, a destruição das células beta é mediada por anticorpos autoimunes, porém, em alguns casos, não há evidência de processo autoimune, esses casos são referido como forma idiopática do DM1. O DM1 idiopático representa uma pequena parcela dos casos e apresentam graus variáveis de deficiência de insulina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014, p.5) Esta classe de DM eventualmente leva a deficiência absoluta de insulina, sendo a administração de insulina imprescindível (BRASIL, 2006).

O DM2 acomete entre 90 a 95% dos casos de DM. Ocorre devido a defeitos na ação e secreção do hormônio insulina, sendo que, no geral, ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta, podendo haver predomínio de um deles. Essa classe pode

acometer pessoas de todas as idades, mas geralmente é diagnosticada depois dos 40 anos. Os pacientes acometidos pelo DM2 não dependem de insulina exógena para sobreviver, mas pode ser necessário o tratamento com insulina para obter controle metabólico adequado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Outros tipos específicos de DM são formas menos comuns cujos defeitos ou processos causadores podem se identificados. Nesse grupo, a apresentação clínica é muito variada e vai depender da alteração de base. Defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, entre outras causas, estão incluídas nessa categoria (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

O DM gestacional inclui toda intolerância a glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. Porém, no caso de pacientes de alto risco e que preenchem os critérios para diabetes fora da gestação já na primeira consulta de pré-natal, não serão classificadas como DM gestacional, e sim como DM. O DM gestacional se assemelha ao DM2 e está relacionado tanto com a resistência a insulina quanto com a diminuição das células beta-pancreáticas. Ocorre em 1% a 14% de todas as gestações e está relacionada com aumento da morbimortalidade perinatais. Na maior parte dos casos a doença se resolve após o parto, porem existe um risco de 10% a 63% da mulher desenvolver DM2 dentro de cinco a 16 anos após o parto (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

As categorias de glicemia de jejum alterada e tolerância a glicose diminuída referem-se a estados intermediários entre a homeostase normal da glicose e o DM, e são também chamados pré-diabetes, já que representam categorias de risco aumentado para o desenvolvimento do DM. Tratando-se da glicemia de jejum alterada, engloba os casos em que a glicemia de jejum é inferior ao critério diagnóstico para DM, entretanto é mais elevada que o valor de referência normal. Já a tolerância a glicose diminuída, está relacionada a uma anormalidade na regulação da glicose no estado pós-sobrecarga. Nesta categoria, o diagnóstico é feito através do teste oral de tolerância a glicose (TOTG), no qual é realizada a glicemia de jejum, em seguida o paciente ingere 75g de glicose e após duas horas a glicemia é colhida novamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Em 2007, aproximadamente 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas as doenças cardiovasculares, diabetes, doenças

respiratórias crônicas, câncer, doenças renais, entre outras. Apenas 10 % das mortes foram atribuídas as doenças infecciosas e parasitárias e 5% aos distúrbios de saúde materno-infantil. É interessante notar que essa distribuição contrasta com a de 1930, momento em que as doenças infecciosas representavam 46% das mortes nas capitais brasileiras. (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Essa mudança se passou em um contexto de desenvolvimento econômico e social definido por relevantes avanços sociais e pela resolução dos principais problemas de saúde pública vigentes naquela época. Conjuntamente a essa mudança no perfil de doenças, aconteceu uma rápida transição demográfica no Brasil, que motivou a formação de uma pirâmide etária com maior peso relativo para adultos e idosos. O processo de industrialização e a mecanização da produção, atrelado ao aumento da renda, urbanização, maior acesso a alimentos em geral, incluindo os processados, e a globalização de hábitos não saudáveis, ocasionaram rápida transição nutricional, expondo a população cada vez mais ao risco de doenças crônicas (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Comparando os dados epidemiológicos, é notório que uma epidemia de DM está a caminho. Em 1985, havia cerca de 30 milhões de adultos portadores de DM no mundo, saltando para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com previsão de atingir a marca de 300 milhões em 2030. Aproximadamente dois terços dos indivíduos acometidos pela doença vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

A natureza crônica do DM, a gravidade das complicações e os meios necessários para controlá-la, tornam esta doença muito onerosa, não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, mas também para o sistema de saúde. Os custos do DM atingem o indivíduo, a família e a sociedade, e não são apenas econômicos. A doença pode levar a perda de qualidade de vida. Muitos indivíduos com diabetes se tornam incapazes de continuar a trabalhar devido a complicações crônicas da doença ou permanecem com alguma limitação no seu desempenho profissional. É difícil estimar o custo social dessa perda de produtividade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Estimativas sugerem que a economia brasileira terá uma perda na economia de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 devido a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da

renda familiar resultantes da presença de três doenças crônicas – diabetes, doença do coração e acidente vascular encefálico (MALTA; JUNIOR, 2013).

Em 2011 foi realizada uma pesquisa da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2011) que mostrou que a incidência de diabetes está aumentando no Brasil. O estudo constatou que 5,6% da população diz ter a doença, e ainda deixou clara a relação da incidência da doença com a baixa escolaridade, já que os números indicam que 7,5% das pessoas que tem até oito anos de estudo possuem diabetes, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo, diferença que supera os 50%.

De acordo com Malta e Junior (2013) o aumento crescente das doenças crônicas não transmissíveis, entre elas o diabetes, afeta principalmente as pessoas com menor renda e escolaridade, por serem exatamente as mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso às informações e aos serviços de saúde, acentuando ainda mais as desigualdades sociais.

O aumento progressivo das pessoas acometidas por DCNT, mais intenso nas últimas décadas, é resultado de alguns efeitos negativos do processo de globalização, da urbanização rápida, da vida sedentária, e da alimentação com alto teor calórico, além do consumo de tabaco e álcool. Esses fatores de risco comportamentais impactam nos principais fatores de risco metabólicos, como excesso de peso/obesidade, aumento da glicose sanguínea e lipídeos, e pressão arterial elevada, que por sua vez podem originar o diabetes, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC) e câncer, entre outras enfermidades (MALTA; JUNIOR, 2013).

O Caderno de Atenção Básica de Diabetes do Ministério da Saúde (2006) atenta para o fato de que aproximadamente 50% da população com diabetes não tem conhecimento que são portadores da doença, e por vezes permanecem não diagnosticados até que se manifestem sinais de complicações da doença. Por esse motivo, estão indicados testes de rastreamento em indivíduos assintomáticos que apresentem maior risco para a doença, como: idade maior que 45 anos, sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC >25), obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas), antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes, hipertensão arterial (PA >140/90 mmHg), colesterol HDL menor que 35 mg/dL e/ou triglicerídeos maior que 150 mg/dL,

história de macrosomia ou diabetes gestacional, diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos, doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

Para os indivíduos de alto risco deve-se fazer investigação diagnóstica laboratorial com glicemia de jejum e/ou teste de tolerância à glicose. Após estes exames é possível identificar não só aqueles que são portadores de diabetes, mas também aqueles com alteração na regulação glicêmica (tolerância a glicose diminuída ou glicemia de jejum alterada), que apesar de ainda não serem diabéticos, apresentam alto risco para desenvolver a doença (BRASIL, 2006).

A evolução do DM é marcada pelo aparecimento “de complicações crônicas, que podem ser divididas em complicações microvasculares – retinopatia, nefropatia e neuropatia – e complicações macrovasculares – doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular.” (BRASIL, 2006, p.34).

Sendo todas essas complicações responsáveis por significativa morbimortalidade, com índice de mortalidade cardiovascular e renal, cegueira, amputação de membros e perda de função e qualidade de vida muito superior a indivíduos sem diabetes. Parte importante do seguimento do indivíduo com diabetes deve ser dedicada à prevenção, identificação e manejo destas complicações. Para o manejo adequado é necessário uma equipe de atenção básica treinada com tarefas específicas, incluindo a coordenação do plano terapêutico e das referências e contra-referências dentro do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

Tratando-se da prevenção do diabetes, podemos falar em prevenção primária, ou seja, a prevenção do início da doença, e prevenção secundária, relacionada a prevenção das complicações agudas e/ou crônicas do DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Em relação à prevenção primária do DM2, condição na qual a maior parte dos indivíduos também apresenta obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia, as intervenções devem abranger essas múltiplas anormalidades metabólicas, o que, além de prevenir o surgimento de diabetes, estaria também evitando doenças cardiovasculares e reduzindo a mortalidade. Os programas de prevenção primária do DM2 consistem em intervenções na dieta e na prática de atividades físicas, com o objetivo de combater o excesso de peso em indivíduos com maior

risco de desenvolver diabetes, especialmente nos com tolerância a glicose diminuída. Um estudo constatou que o controle de fatores de risco modificáveis, como dieta habitual, atividade física, tabagismo e excesso de peso, levou a redução de 91% na incidência de DM e de 88% nos casos com história familiar de DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Tratando-se da prevenção secundária, existem evidências de que o controle metabólico estrito tem papel fundamental na prevenção do surgimento ou ainda da progressão das complicações crônicas do DM. Outras medidas importantes são: o tratamento da hipertensão arterial e dislipidemia; o rastreamento para diagnóstico e tratamento precoce da retinopatia diabética; o rastreamento para microalbuminúria, que permite prevenir ou retardar a progressão da insuficiência renal, possibilitando intervir mais precocemente no curso natural da doença renal; cuidados específicos com os pés para a prevenção de ulcerações e amputações de membros inferiores; e medidas para reduzir o consumo de cigarro, já que o tabagismo está associado ao mau controle do diabetes e causalmente à hipertensão e à doença cardiovascular em pessoas com ou sem DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Em 1909, surgiu nos Estados Unidos da América (EUA), a educação em saúde como estratégia de prevenção de doenças, e “se fundamentava na perspectiva de responsabilizar os indivíduos pelos seus problemas de saúde, estando sua atenção voltada para a transmissão do conhecimento e a domesticação da população, de modo a seguir as regras impostas pelos trabalhadores da saúde e pelos grupos dominantes”. (ALVES; AERTS, 2011, p.320). Assim:

[...] a educação em saúde era utilizada para eliminar ou diminuir a ignorância da população sobre as causas biológicas das doenças, desconsiderando-se por completo as culturas das populações ou dos grupos populacionais trabalhados. As ações educativas restringiam-se às questões de higiene e conscientização sanitária, assumindo, predominantemente, um caráter individualista, autoritário e assistencialista (ALVES; AERTS, 2011, p.321).

Este método de educação em saúde visa modificar comportamentos inadequados através da simples transmissão de conhecimentos, geralmente utilizando palestras expositivas que não estão adaptadas à realidade da população. “A palestra, em geral, tem como pressuposto a ideia de que a doença é determinada pela falta de cuidado do indivíduo com sua saúde, culpabilizando-o pelos problemas que apresenta. Habitualmente, se limita à simples transmissão de conteúdo acrítico e descontextualizado” (ALVES; AERTS, 2011, p.321).

A Divisão Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde (DNSP/MS) vem repensando os métodos de educação em saúde desde o início da década de 1980, que passou a ser repensada como:

[...] um processo capaz de desenvolver a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre as causas de seus problemas de saúde, enfatizando o desencadeamento de um processo baseado no diálogo, de modo que se passe a trabalhar com as pessoas e não mais para as pessoas. Esse diálogo assume o pressuposto de que todos possuem potencial para serem protagonistas de sua própria história, de que estão motivados para se organizarem e de que possuem expectativas sobre as possibilidades de mudança (ALVES; AERTS, 2011, p.321).

Assim, a nova maneira de entender a educação em saúde ver esta como uma prática social, “que traz implícita uma visão cultural, que consiste em valores, crenças e visões de mundo, situados em um tempo e espaço delimitado. Ela se define a partir da maneira como as pessoas vivem e entendem a vida e com negociações cotidianas, nas quais cada um torna a vida social possível” (ALVES; AERTS, 2011, p.321).

4 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Neste trabalho foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), sendo dividido em etapas, como será apresentado a seguir.

Primeiro Passo: Identificação dos problemas

A equipe da Estratégia Saúde da Família do PSF Maria Aparecida de Lima Campos, por meio da análise dos atendimentos na unidade de saúde dos pacientes cadastrados na área de abrangência e nos registros dos agentes comunitários de saúde, pode identificar algumas necessidades, e juntos selecionamos os principais problemas encontrados, sendo eles: diabetes, hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), etilismo, doenças psiquiátricas em geral (depressão, transtorno de ansiedade, transtorno bipolar, outras), doenças musculoesqueléticas.

Segundo Passo: Priorização dos Problemas

Quadro 1: Priorização dos problemas identificados no diagnóstico da ESF do PSF Maria Aparecida de Lima Campos, 2014.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Hipertensão Arterial	Alta	7	Parcial	2
Diabetes Mellitus	Alta	7	Parcial	1
Doenças psiquiátricas em geral (depressão, transtorno de ansiedade, outras)	Alta	5	Parcial	3
Doenças musculoesqueléticas	Alta	5	Parcial	5
DPOC	Alta	5	Parcial	4

Fonte: Diagnóstico Situacional do PSF Maria Aparecida de Lima Campos.

Terceiro Passo: Descrição do Problema

A equipe da ESF PES selecionou então o Diabetes Mellitus dentre os vários problemas identificados pela equipe de saúde. Por ser uma doença de alta prevalência, de pouco

conhecimento pela população, por ter graves consequências para a saúde quando não tratada adequadamente e por ser uma doença de alta prevalência na população alvo, o DM foi identificado como um problema relevante a ser intervindo. A equipe pôde perceber que muitos pacientes ainda são diagnosticados já com alguma sequela da doença devido ao diagnóstico tardio, além disso, muitos pacientes diagnosticados com diabetes não seguem as recomendações médicas, pois muitas vezes não entendem a importância do controle da doença ou têm pouco conhecimento sobre como controlar a doença e evitar suas complicações. No ano de 2013 foram registrados através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 176 casos de diabetes na cidade de Patrocínio do Muriaé, correspondendo a 3,5% da população total.

Quarto Passo: Explicação do problema

A origem do problema está relacionada a uma série de fatores. A baixa escolaridade da população alvo e a desinformação a respeito do DM, mesmo na parte letrada da população, realça a educação deficiente do país e a insuficiência da educação em saúde da população. Realça também a fragilidade das políticas públicas em saúde para prevenção e controle da doença. Além disso, a cultura da população influencia hábitos de vida prejudiciais como o sedentarismo, alimentação rica em açúcar refinado e gorduras saturadas, tabagismo e etilismo.

Quinto passo: Identificação dos nós críticos

Avaliando os pacientes com diabetes mellitus cadastrados na ESF Maria Aparecida de Lima Campos, assim como a população de Patrocínio do Muriaé de forma geral, a equipe da Saúde da Família pode identificar alguns “nós críticos”:

- População de baixa escolaridade
- Alto índice de sedentarismo
- Hábitos alimentares ruins
- Alta prevalência de sobrepeso e obesidade
- Pouco conhecimento sobre o diabetes, seus fatores de risco, complicações, prevenção e tratamento

O nó crítico “população com baixa escolaridade” está fora do alcance de governabilidade da equipe. Os 03 subsequentes foram agrupados dentro de hábitos e estilo de vida inadequados da população.

Sexto passo: desenho das operações

Quadro 2: Desenho de operações para os "nós" críticos do problema diabetes mellitus relacionada a baixa educação em saúde

Nós críticos	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Mais Saúde Discutir com o grupo de diabéticos sobre a importância de modificar os hábitos e estilo de vida	Redução do número de pacientes obesos, sedentários e tabagistas.	População aderiu as mudanças de hábitos e estilos de vida saudável Campanhas de incentivo a prática de atividade física, alimentação saudável e abandono do tabagismo.	Equipe ESF, NASF, folders educativos.
Baixo nível de informação	Saber mais Aumentar o conhecimento da população a respeito do diabetes mellitus seus fatores de risco, complicações, prevenção e tratamento.	População mais informada a respeito da fisiopatologia, prevenção, sintomas, diagnóstico, tratamento e complicações do DM.	População mais informativa cooperativa e responsável pelo seu tratamento. Atividades educativas incluindo palestras, visitas domiciliares, grupos operativos, entre outros.	Equipe ESF, NASF, folders educativos, questionário para análise de aprendizado.

Fonte: Elaboração da autora.

Sétimo passo: identificação de recursos críticos

Quadro 3: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nós" críticos do problema diabetes mellitus relacionada a baixa educação em saúde

Operação	Recurso crítico
Mais saúde	Financeiro: escassez de recursos financeiros para impressão dos folders.
Saber mais	Financeiro: escassez de recursos financeiros para impressão dos folders e dos questionários. Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais

Fonte: Elaboração da autora.

Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Quadro 4: Propostas de ações para a motivação dos atores.

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Mais saúde	Financeiro: escassez de recursos financeiros para impressão dos folders.	Secretário de Saúde Prefeito	Favorável	Apresentar o projeto e aguardar a liberação de recursos financeiros.
Saber mais	Financeiro: escassez de recursos financeiros para impressão dos folders e dos questionários.	Secretário de Saúde Prefeito	Favorável	Manter os profissionais de saúde em contato direto para fazer um trabalho em equipe produtivo
	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais	Secretário de saúde Equipe ESF NASF	Favorável	

Fonte: Elaboração da autora.

Nono passo: elaboração do plano operativo

Quadro 5: Plano operativo para solucionar o problema diabetes mellitus relacionada a baixa educação em saúde

Operação	Resultado	Produto	Responsáveis	Prazo
Mais saúde	Redução do número de pacientes obesos, sedentários e tabagistas.	População aderiu as mudanças de hábitos e estilos de vida saudável Campanhas de incentivo a prática de atividade física, alimentação saudável e abandono do tabagismo	Médica: Maria Carulina Enfermeira: Cassiana	Apresentação em 2 meses e execução em 8 meses
Saber mais	População mais informada a respeito da fisiopatologia, prevenção, sintomas, diagnóstico, tratamento e complicações do DM.	População mais informativa cooperativa e responsável pelo seu tratamento Atividades educativas incluindo palestras, visitas domiciliares, grupos operativos, entre outros.	Médica: Maria Carulina Enfermeira: Cassiana	Apresentação em 2 meses e execução em 8 meses

Fonte: Elaboração da autora.

Décimo passo: gestão do plano

Quadro 7: Gestão do plano operativo.

Operações	Produtos	Responsáveis	Prazo inicial	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Viver melhor	Campanhas de incentivo a prática de atividade física, alimentação saudável e abandono do tabagismo.	Médica: Maria Carulina E Enfermeira: Cassiana	2 meses	Programa implantado e implementado no PSF	-	-
Saber mais	Atividades educativas incluindo palestras, visitas domiciliares, grupos operativos, entre outros.	Médica: Maria Carulina E Enfermeira: Cassiana	2 meses	Programa implantado e implementado no PSF	-	-

Fonte: Elaboração da autora.

6 CONCLUSÃO

Espera-se que este projeto de intervenção amplie o conhecimento da população alvo a respeito do diabetes melitus, e que a partir daí seja capaz de identificar os sintomas da doença, e tenha maior interesse em fazer exames anuais para pesquisa da doença, maior cuidado com o tratamento quando a doença já está instalada, e maior interesse em levar uma vida mais saudável, com uma alimentação balanceada e atividade física regular, com o intuito de prevenir a doença ou mesmo prevenir suas complicações.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRIA V. Many People at Risk for Type 2 Diabetes Don't Think They Are at Risk. **American Diabetes Association**, 2013 Dec. [Acesso em julho de 2014]. Disponível em: <http://www.diabetes.org/newsroom/press-releases/2013/many-people-at-risk-for-type-2-dont-think-they-are-at-risk.html>.

ALVES, G.G.; AERTS, D.; As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1):319-325, 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a34.pdf>. Acesso em: 25 de março de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Diabetes Mellitus**. Brasília-DF, 2006. [Acesso em julho de 2014]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A.; **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon UFMG, Belo Horizonte-MG, 2010. [Acesso em fevereiro de 2015]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>

DB CITY.COM. [Acesso em maio de 2014]. Disponível em: <http://pt.db-city.com/Brasil--Minas-Gerais--Patroc%C3%ADnio-do-Muria%C3%A9>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. Censo demográfico 2010. [Acesso em maio de 2014]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314820&search=||info%EF5es-completas>

MALTA D. C.; JUNIOR J. B. S. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 22(1):151-164, 2013. [Acesso em maio de 2014]. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a16.pdf> .

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ. O Município e sua História. [Acesso em maio de 2014]. Disponível em: http://patrociniodomuriae.mg.gov.br/?page_id=4.

SCHMIDT M. I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The lancet**, maio de 2011. [Acesso em janeiro de 2015]. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Vigitel 2011: Diabetes. [Acesso em janeiro de 2015]. Disponível em: <http://www.endocrino.org.br/vigitel-2011-diabetes/>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes: 2013-2014/Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.