

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

YUDENIA HERNÁNDEZ HERNANDEZ

**DIMINUIR A INCIDÊNCIA E FALTA DE CONTROLE DA DIABETES MELLITUS NA
ESF JUZA-PARAISO NO MUNICÍPIO DIVINÓPOLIS - UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2016

YUDENIA HERNÁNDEZ HERNANDEZ

**DIMINUIR A INCIDÊNCIA E FALTA DE CONTROLE DA DIABETES MELLITUS NA
ESF JUZA-PARAISO NO MUNICÍPIO DIVINÓPOLIS - UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Profa. Dra. Nadja Cristiane Lappann Botti

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2016

YUDENIA HERNÁNDEZ HERNANDEZ

**DIMINUIR A INCIDÊNCIA E FALTA DE CONTROLE DA DIABETES MELLITUS NA
ESF JUZA-PARAISO NO MUNICÍPIO DIVINÓPOLIS - UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO**

Banca Examinadora

Profª Drª Nadja Cristiane Lappann Botti – Orientadora (UFSJ)

Profª Drª Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 16 de março de 2016

RESUMO

A Diabetes Mellitus é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis de glicose no sangue. É uma síndrome endócrino metabólica geralmente acompanhada por outras alterações, como obesidade, fatores genéticos, alcoolismo, mal hábitos alimentares, entre outros. Este trabalho tem como objetivo elaborar um plano de intervenção visando para diminuir a incidência e falta de controle da Diabetes Mellitus em pacientes da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Para elaboração do plano de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional. Foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados informatizadas com os descritores: Diabetes Mellitus, fatores de risco e estilo de vida. Com a execução deste projeto espera-se aprimorar o conhecimento sobre os fatores de risco associados a Diabetes Mellitus visando reduzir a incidência das complicações, desenvolver programações periódicas de consultas e visitas domiciliares de controle e acompanhamento dos pacientes, promover o autocuidado, vida saudável, modificar os fatores de risco e reduzir a morbimortalidade desta população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Diabetes Mellitus. Promoção da saúde.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a disease characterized by elevated glucose levels in the blood. It is a metabolic endocrine syndrome usually accompanied by other changes, such as obesity, genetic factors, alcoholism, bad eating habits, among others. This study aims to develop an action plan aiming to reduce the incidence and lack of control of Diabetes Mellitus in patients from the area covered by the Family Health Strategy. To prepare the action plan we used the Strategic Planning Method Situational. literature search was performed in computer databases with the key words: Diabetes Mellitus, risk factors and lifestyle. With the execution of this project is expected to improve knowledge about the risk factors associated with diabetes mellitus to reduce the incidence of complications, develop periodic schedules of consultations and home visits of control and monitoring of patients, promote self-care, healthy living, modify the risk factors and reduce morbidity and mortality in this population.

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

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3 OBJETIVOS.....	13
3.1 Objetivo Geral	13
3.2 Objetivos Específicos.....	13
4 METODOLOGIA	14
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	15
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	20
6.1 Definição do problema	20
6.2 Priorização dos problemas	20
6.3 Identificação dos nós críticos	21
6.4 Plano de ação.....	21
6.5 Avaliação e Monitoramento	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERENCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

Divinópolis significa Cidade do Divino e teve sua origem com Arraial do Espírito Santo da Itapecerica, sendo fundada pelo Manoel Fernandes Teixeira no dia 25 de março de 1770. Pertenceu a cidade de Itapecerica, antes conhecida como São Bento do Tamanduá até sua emancipação em 1 de junho de 1912. Ainda não existem evidências históricas suficientes para explicar como se deu o surgimento do arraial do Divino Espírito Santo do Itapecerica. Em 1737 o primeiro morador construiu uma capelinha em homenagem a São Francisco de Paula e, em 1813, século 19 se realizou o primeiro levantamento demográfico do lugar: 1154 pessoas (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, 2014).

Divinópolis recebeu seu primeiro nome de Distrito de Espírito Santo, e com sua emancipação foi renomeada por Vila Henrique Galvão, porém teve novamente seu nome alterado em setembro de 1912 para vila Divinópolis, ano de sua fundação, através da lei Estadual 663. Em sequência, em 1923, pela lei Estadual 843, teve seu território abarcado com a junção do distrito de Santo Antônio dos Campos, configurando, dessa forma, o atual território de Divinópolis. Até o ano de 1930 a Câmara Municipal de Divinópolis tinha função de Executivo de Legislativo, sendo que o presidente da Câmara acumulava essas funções. O presidente do Estado de Minas Gerais era Bueno Brandão. Nesse período iniciou-se a construção das oficinas da Estrada de Ferro Oeste de Minas, que antecedeu à Rede Mineira de Viação, atual FCA (Ferrovia Centro Atlântica) (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, 2014).

Divinópolis cresceu à sombra dessas oficinas. No ano 1930, cria-se a primeira linha de ônibus intermunicipal: "Divinópolis Bom Despacho". Em 1931, foi a criação da Usina de Álcool Motor (de Mandioca); em 1935, Divinópolis é transformada em comarca e um ano mais tarde inaugura-se a primeira ponte de concreto sobre o Rio Pará. Em 1937, aconteceu a inauguração da primeira indústria têxtil- FITEDI e em 1940 começou a transitar de maneira regular a linha de ônibus Belo Horizonte – Divinópolis. No ano de 1942 se instala a primeira escola profissional e se inaugura a primeira siderúrgica de Divinópolis. Em 1954 é inaugurada uma nova siderúrgica e em 1955 se funda a universidade Estadual de Minas Gerais (UEMG) (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, 2014).

O Hospital São João de Deus, foi fundado em 1975 e em 1976-1999, a Cidade Universitária, período de melhoramento e construção de redes rodoviárias e estruturas administrativas. Em 1999 se inaugura o CTI pediátrico do Hospital São João de Deus, e no ano de 2000 fez-se a inauguração da UNIFENAS (Universidade de Alfenas), em 2002 o hospital do câncer, em 2007 estreia o Teatro Municipal "Usina Gravatá". No ano de 2008 tem-se início a criação das dependências da Universidade Federal São João Del Rei Campus Dona Lido. Em março de 2014 chegam os primeiros médicos intercambistas do programa Federal Mais Médicos para o Brasil (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, 2014).

O "município de Divinópolis situa-se a 20° 8' 21" de latitude sul e 44° 53' 17" de longitude oeste, distante 106 quilômetros de Belo Horizonte e a 822 quilômetros de Brasília. Seu território é de 708 km², sendo 214,75 km² referente à zona urbana e 493,24 km² a zona rural; abriga uma população estimada em 217.404 habitantes o que o torna o décimo segundo mais populoso de Minas Gerais (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, 2014).

Na Figura 1 encontra-se o mapa de Divinópolis e suas rotas



Fonte: www.google.com.br

Divinópolis apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,764; renda média familiar rural de R\$ 450,00 e urbana de R\$ 606,00. Conta como principais atividades econômicas: produção agrícola, indústria têxtil, siderúrgica, pecuária. Apresenta população total de 217.404 habitantes sendo 211.903 na área urbana e 5.501 na área rural (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, 2014).

Em relação ao Sistema Local de Saúde do município observa-se que o Conselho Municipal de Saúde é composto de 50% usuários; 25% trabalhadores de saúde; 25% prestadores de serviço e apresenta regularidade de reuniões (mensalmente na penúltima quarta-feira do mês). Os recursos do Fundo Municipal de

Saúde são provenientes da União, do Estado e do município. Em relação ao orçamento destinado à saúde verifica-se que 18% dos recursos são gastos com Atenção Primária e 64% gastos com a média e alta complexidade. O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1996, a primeira equipe foi na zona rural. Equipe atípica com médico, enfermeira, técnica de enfermagem, assistente social, psicóloga, dentista e ACD, sem ACS. Em 1998 ampliou para mais três equipes, sendo uma de zona rural e duas de zona urbana na periferia do município, composta por equipe mínima (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, quatro ACS, dentista e ACD). Os profissionais médicos, enfermeiros e dentistas foram selecionados por concurso público, os demais foram contratados.

Este processo de implantação foi realizado em parceria com a comunidade através de reuniões com os conselhos de saúde distrital, local e municipal com o objetivo de explicar a nova forma de atendimento centrada na prevenção de doenças, promoção da saúde sem prejuízo da resolução dos problemas já existentes. Hoje o município conta com vinte e três equipes de ESF, apenas quatro não têm equipe de saúde bucal. Ainda se verifica duas EACS. A cobertura atual do PSF é de 37% da população.

A Prefeitura Municipal de Divinópolis juntamente com a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e o Ministério Público elaboraram um projeto denominado Sistema Integrado Municipal de Saúde – SIM SAÚDE, que propõe o redesenho do sistema atual com foco na reorganização da Atenção Primária através do fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. A meta final para 2016 é a cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em 100%. Para tanto, foi elaborado um cronograma de conversão das Unidades tradicionais em Saúde da Família. Neste mês de setembro está prevista implantação de 13 equipes ESF. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) estão em processo de implantação. O projeto inicial é para implantação de cinco NASF. A implantação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) está prevista para 2015. O sistema de referência e contra referência se faz através de ficha de referência e contra referência dos pacientes encaminhados às especialidades.

Na rede de média e alta complexidade tem-se Diretoria de Saúde Mental: Rede de Atenção Psicossocial, Diretoria de Urgência e Emergência: Rede de Urgência e Emergência (UPA/Hospital), Diretoria de Regulação em Saúde, Rede de Atenção de Assistência Odontológica, Rede de Atenção em Reabilitação Física, Rede SERDI-

PIPA (serviços especializados de reabilitação em Deficiência Intelectual, Programa de Intervenção Precoce e Avançado, Rede de Atenção Materno-Infantil (obstetrícia), Rede de alta Complexidade em Oncologia, Rede de Alta complexidade em Nefrologia, Rede de Alta complexidade em Cardiologia, Rede de Alta complexidade em Oftalmologia, Rede de Alta complexidade em Neurologia e Neurocirurgia.

Os recursos humanos em saúde do município de Divinópolis são: profissionais efetivos regidos pelo Estatuto do Servidor Público e profissionais contratados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho. O horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) é de 07h00min às 18h00min, ESF – 07h00min às 11h00min e 13h00min às 17h00min etc.).

A unidade de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) Jusa-Paraíso localiza-se na área urbana periférica, no sudeste da cidade de Divinópolis (Minas Gerais), na Rua Barcelona nº 51, no bairro Jusa Fonseca. A área de abrangência da ESF se divide em quatro microáreas, englobando os bairros Jusa Fonseca e Paraíso.

A área de abrangência da ESF é caracterizada por ser uma área extensa com muita densidade populacional, a população trabalha na construção, trabalho de doméstica, fabricas de costura, prevalência de doenças crônico-degenerativas como hipertensão e Diabetes, tem parte do território da área de abrangência sem pavimentação, ocasionando doenças respiratórias, clientela adstrita de médio e baixo poder aquisitivo, tem na divisão entre as duas comunidades que atende o posto uma área com muita floresta e lixo acumulado que propicia um aumento nos vetores.

A área adstrita possui três igrejas evangélicas, duas igrejas católicas, um salão comunitário e uma Escola Municipal. A área conta com serviços de luz elétrica, água encanada, telefonia fixa e móvel.

Atualmente a equipe é composta por uma médica do Projeto Mais Médicos, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, um motorista e uma auxiliar de serviços gerais. Os outros serviços se encontram na UBS Nossa Senhora das Graças (odontologia, psicologia, pediatria, ginecologia, fisioterapia). A equipe trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastro e acompanhamento da população adstrita a esta área. O cadastramento é realizado através de visitas domiciliares no território pré-estabelecido e contém a identificação dos componentes familiares, a morbidade referida, condições de moradia, saneamento e condições ambientais.

A ESF Jusa-Paraíso oferece à população adstrita vários tipos de procedimentos, dentre eles consulta médica, consulta de enfermagem, visitas domiciliares, puericultura, exame preventivo, acompanhamento pré-natal e consulta ao hipertenso e diabético. Também oferece diversos procedimentos técnicos como: imunização, curativo, retirada de pontos, teste do pezinho, glicemia capilar, aferição de pressão arterial, medidas antropométricas entre outras.

A área física da unidade é composta por uma sala de vacinas, uma sala de curativos, um consultório médico com banheiro, um consultório de Enfermagem, um consultório odontológico, um escovódromo, um banheiro para funcionários e usuários. A ESF Jusa-Paraiso possui atualmente 3,283 pessoas cadastradas, distribuídas em 1.080 famílias em cinco microáreas, e ainda em processo de cadastramento devido ser uma unidade nova. A infraestrutura da unidade é adequada sendo uma casa alugada com as adaptações necessárias as atividades.

Na população adstrita identificam-se diversos fatores de risco passíveis de intervenção que estão associados ao maior comprometimento cardiovascular observado nos pacientes hipertensos. Entre estes se encontram Diabetes Mellitus sistêmica, obesidade, dislipidemias, sedentarismo e tabagismo.

No diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Jusa-Paraíso foi possível identificar e definir os principais problemas enfrentados pela população da área. Para identificação dos problemas de saúde foram analisados os seguintes fatores: magnitude do problema, potencial do problema, extensão dos danos, possibilidade de intervenção (vulnerabilidade), impacto social e impacto econômico.

2 JUSTIFICATIVA

Na atualidade, em geral, a Diabetes Mellitus é diagnosticada em estágios precoce da doença, entretanto há uma parte da população que não conhece os sintomas e os fatores de risco e só sabem que estão doentes quando apresentam complicações e risco de vida. O tema escolhido para ser abordado é a incidência e a falta de controle da Diabetes Mellitus em função da sua alta frequência na consulta de acompanhamento dos usuários com Diabetes Mellitus da ESF Juza-Paraiso. Esta situação constitui sério problema, pois seu diagnóstico e tratamento precoce ajudam na diminuição das complicações.

Na Estratégia de Saúde de Família Juza-Paraiso do município Divinópolis tal problema é alarmante, pois identificou-se na população adstrita cerca 3.283 habitantes e deles 153 são diabéticos com tratamento, representando 4,65% do total da população e 5,9 % da população maior de 15 anos, sendo curioso observar que no período 01/06/2014 a 01/06/2015 identificou-se vários pacientes com Diabetes Mellitus e mais de 50% dos diagnosticados sem controle metabólico, descartando os pacientes com pré-Diabetes e os que ainda não foram à consulta.

Esta situação foi possível ser identificada pelo relato dos ACS, reuniões de equipe, contato diário nos atendimentos e grupos de Hipertensão realizados mensalmente na unidade identificando pacientes com valores de glicemia em jejum acima 200 mg/dl assintomáticos ou com sintomas leves. Portanto constitui-se grande desafio para a equipe o diagnóstico daqueles portadores da doença que continuam sem diagnóstico definitivo e tratamento, correndo o risco de serem diagnosticados somente após uma seqüela irreversível produzida pela doença, além de controlar os já diabéticos.

A partir da análise descrita acima foi formulado o seguinte problema: quais intervenções a equipe de saúde pode fazer para reduzir a incidência e ou falta de controle da Diabetes Mellitus no ESF Juza-Paraiso? Para responder esta pergunta parte-se do pressuposto que uma proposta de uma estratégia de intervenção educativa contribuirá para reduzir a incidência e a falta de controle de Diabetes Mellitus na população da ESF Juza-Paraiso.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção para diminuir a incidência e falta de controle da Diabetes Mellitus em pacientes de ESF Juza-Paraiso.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar o total de população com Diabetes Mellitus e os principais fatores para seu desenvolvimento e falta de controle;
- Capacitar a população de risco em relação aos fatores de risco, sinais e sintomas, hábitos higiênicos alimentares e complicações da doença;
- Investigar a população de risco em relação aos fatores de risco, sinais e sintomas, hábitos higiênicos alimentares e complicações da doença.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para desenvolver este trabalho foi baseada na identificação de que a população diabética adscrita na Unidade possui incidência e falta de controle da Diabetes Mellitus. Tal observação foi determinada pela realização do diagnóstico situacional através da Estimativa Rápida, que possibilita obter informações sobre determinado problema de maneira rápida, com poucos gastos e com a participação da comunidade. Desta forma elencaram-se dados que refletem as condições e especificidades locais (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

Para realizar a Estimativa Rápida utilizaram-se como fonte as consultas, visitas e grupos de Hiperdia além da própria observação da equipe. A partir destas informações, utilizando a Metodologia do Planejamento Estratégico em Saúde, foi definido o Plano de Intervenção (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

Foi também realizada pesquisa bibliográfica em artigos científicos, livro e textos indexados sobre o tema. As bases de dados informatizadas consultadas foram sites nacionais que trabalham com políticas de saúde, como o da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde (MS) e da Sociedade Brasileira de Diabetes, assim como da Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). Para a consulta foram utilizados os seguintes descritores de assuntos: atenção primária à saúde, diabetes mellitus e promoção da saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Na atualidade, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um problema de saúde mundial, sendo crescente o número de pacientes diagnosticado. A DCNT tem história natural prolongada caracterizada por multiplicidade de fatores de risco; interação de fatores etiológicos desconhecidos; longo período de latência; longo curso assintomático; manifestações clínicas, em geral de curso crônico, com períodos de remissão e exacerbação e tem evolução para incapacidades. Incluem-se nesse grupo as neoplasias, as doenças cardiovasculares, o Diabetes, as doenças respiratórias crônicas, os transtornos da tireoide, a insuficiência renal crônica, entre outras (LESSA, 1998).

Na população brasileira, aproximadamente 30% é portadora de DCNT. As mulheres são portadoras de 33,9% das DCNT e os homens de 25,7% do total, sendo que elas se apresentam em maior número entre as pessoas com 40 anos ou mais e nas famílias com maior índice socioeconômico (REINERS *et al.*, 2008). Estima-se que cerca de 50,0% das pessoas que convivem com doenças crônicas não tem uma adesão adequada no tratamento não farmacológico e farmacológico socioeconômico (REINERS *et al.*, 2008).

A incidência e falta de controle da Diabetes Mellitus é uma questão preocupante para os profissionais de saúde e para a população no mundo de hoje. Encontrar métodos que contribuam para sua diminuição e o estudo sobre os fatores que afetam seu desenvolvimento tornaram-se extremamente importante para as ciências da saúde. Doenças crônicas, uma vez estabelecidas, podem acompanhar o indivíduo por um longo tempo, agravar seu estado de saúde e levá-lo à morte. No entanto, o comportamento das pessoas pode desempenhar papel importante na evolução deste agravo, podendo prolongar sua vida entre aqueles que têm mais conhecimento sobre as doenças (MALERBI; FRANCO, 1992; CAVALLI *et al.*, 1996)

O Diabetes Mellitus constitui um desafio para o paciente, sua família e profissionais de saúde para a obtenção de um bom controle glicêmico e metabólico, a fim de minimizar complicações. Mudanças comportamentais e adesão ao tratamento são essenciais para prevenção das complicações agudas e crônicas (LERMAN, 2005).

A expectativa de vida é reduzida em média em 15 anos para o Diabetes tipo 1, em 5 a 7 anos na do tipo 2; os adultos com Diabetes têm risco 2 a 4 vezes maior de

doença cardiovascular e acidente vascular cerebral; é a causa mais comum de amputações de membros inferiores não traumática, cegueira irreversível e doença renal crônica terminal. Em mulheres, é responsável por maior número de partos prematuros e mortalidade materna. No Brasil, o Diabetes, junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos à diálise (FERREIRA *et al.*, 2009).

O Diabetes Mellitus é um transtorno metabólico caracterizado por hiperglicemia, frente à falta de insulina ou à sua atuação ineficaz. Esta situação acarreta um aumento da taxa de glicose no sangue, que está associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Esta doença está associada a várias outras doenças crônicas não-transmissíveis como hipertensão arterial, doença coronária e cerebrovascular, neuropatias periféricas, lesões renais, levando até a insuficiência renal crônica terminal, retinopatia diabética. A insulina é produzida pelo pâncreas é essencial para que nosso corpo funcione bem e possa utilizar glicose como principal fonte de energia (ZIMMET; MCCARTY; COURTEN, 1997; BARZILAV *et al.*, 1999; ADLER *et al.*, 2000).

Portanto, o tratamento do paciente com Diabetes Mellitus é imprescindível para evitar outras comorbidades crônicas não transmissíveis e inclui medidas medicamentosas e não medicamentosas visando alcançar o equilíbrio metabólico, tornar os níveis de glicemia, de pressão arterial e peso mais próximos dos parâmetros estabelecidos. Entretanto, o maior desafio para o controle da doença é manter a glicemia dentro de parâmetros adequados. O controle glicêmico almejado é a glicemia de jejum menor que 126 mg/dl e a hemoglobina glicosilada menor que 7% (ADA, 2005).

A classificação do DM inclui quatro grupos: Diabetes tipo 1(DM1); Diabetes tipo 2 (DM2); outros tipos específicos de Diabetes e Diabetes gestacional (GDM) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009; INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012). Nesta revisão da literatura nos ateremos ao DM2, pois é aquele com maior incidência na população e com maior potencial de intervenção.

Os sinais e sintomas característicos que levantam a suspeita de Diabetes são os denominados “quatro P’s”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de

peso. Embora possam estar presentes no DM tipo 2, esses sinais são mais agudos no tipo 1, podendo progredir para cetose, desidratação e acidose metabólica, especialmente na presença de estresse agudo. Sintomas mais vagos também podem estar presentes, como prurido, visão turva e fadiga (CRAIG *et al.*, 2009).

Para tratar as pessoas com Diabetes, o Ministério da Saúde fornece gratuitamente medicamentos orais (Glibenclamida, Glicasida e Metformina) e as insulinas NPH e regular, assim como os insumos (fitas e glicosímetros) para monitoramento da glicemia e seringas para aplicação de insulina (BRASIL, 2012).

A cada dez segundos, uma pessoa morre no mundo em consequência das complicações do Diabetes – são 3,2 milhões de mortes por ano. Pelo menos, uma em cada dez mortes entre adultos de 35 a 64 anos no mundo ocorre por conta da doença. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, estima-se que existam cerca de 11 milhões de portadores de Diabetes - sendo que 7,5 milhões já sabem que tem a doença. Em todo o mundo, há 246 milhões de pessoas com Diabetes. Até 2025, esse número deve chegar a 350 milhões, de acordo com a Federação Internacional de Diabetes (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012).

No Dia Mundial do Diabetes (14 de novembro), o Ministério da Saúde faz um alerta para população, pois a doença é considerada epidemia mundial e está relacionada ao envelhecimento da população, ao sedentarismo, a dietas pouco saudáveis e ao aumento da obesidade (BRASIL, 2010).

No Brasil, a Portaria nº 371/GM de 4 de março de 2002, criou o Programa HiperDia. Este Programa tem como objetivo cadastrar pacientes com Hipertensão e Diabetes, a fim de estabelecer metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças promovendo assistência farmacêutica, atividades de educação em saúde individual e coletiva formando grupos interativos abordando assuntos de importância para o controle clínico e de interesse aos usuários participantes, favorecendo e incentivando a mudança de hábitos de vida (BRASIL, 2002). Na rede pública de saúde, a porta de entrada para o paciente com DM é a Unidade Básica de Saúde, que está estruturada de acordo com o Programa Saúde da Família (BRASIL, 2001).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, o tratamento básico e o controle da Diabetes Mellitus consistem, primordialmente, na utilização de uma dieta específica baseada na restrição de alimentos ricos em carboidratos, gorduras e proteínas, atividade física regular e no uso adequado de medicação (BRASIL, 2001).

Entretanto, a adesão a esse tratamento exige comportamentos que devem ser integrados na rotina diária do paciente com DM (BRASIL, 2001).

Segundo a Organização Mundial de Saúde a adesão refere-se à medida que o comportamento de uma pessoa (tomar medicamentos, seguir o plano alimentar ou adotar mudanças no estilo de vida) corresponde às recomendações preconizadas por um profissional de saúde (WHO, 2003).

A adesão ao tratamento implica atitude ativa, com envolvimento voluntário e colaborativo do paciente e do profissional de saúde, em um processo conjunto, que visa à mudança de comportamento do paciente. Desse modo, o paciente cumpre o tratamento tendo por base um acordo conjunto que tem sua participação e que o conduz ao reconhecimento da importância de determinadas ações prescritas (REACH, 2003).

A não adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus é um problema conhecido no mundo e no Brasil e que prejudica a resposta fisiológica à doença, a relação profissional-paciente, aumenta o custo direto e indireto do tratamento (SCHMIDT *et al.*, 2011).

A literatura científica aponta como principais fatores envolvidos na adesão a acessibilidade e disponibilidade do medicamento nos serviços de saúde, dados sociodemográficos do usuário, aceitabilidade do medicamento, sensação de perda de controle sobre seu corpo, atitudes familiares e de amigos, isolamento social, relação entre usuário e profissional de saúde, esquema terapêutico, cronicidade, ausência de sintomas, tempo de diagnóstico, conhecimento e compreensão da doença e do tratamento (BROADBENT; DONKIN; STROH, 2011; COSTA *et al.*, 2011).

Pacientes com Diabetes Mellitus com mais de 10 anos de diagnóstico apresentam maior adesão ao tratamento medicamentoso, alimentar e exercício físico. Entretanto, a Organização Mundial da Saúde aponta que os pacientes com Diabetes Mellitus com maior tempo de diagnóstico tendem a apresentar menor taxa de adesão ao tratamento (FARIA *et al.*, 2013),.

Estudo cross seccional com 423 portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 acerca da adesão ao tratamento e variáveis sociodemográficas, clínicas e controle metabólico evidencia que a chance do paciente com colesterol dentro do valor recomendado apresentar adesão ao plano alimentar é quase cinco vezes a chance do paciente em mau controle lipídico. A chance dos pacientes com mau controle

glicêmico apresentarem adesão ao exercício físico é quase duas vezes a chance daquele sem controle adequado da glicemia (FARIA *et al.*, 2013).

Estudo transversal realizado em 17 unidades da Estratégia Saúde da Família com 423 pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 aponta que a adesão ao tratamento medicamentoso foi alta na maioria das unidades; a prática de atividade física foi heterogênea e, em relação ao plano alimentar foi baixa em todas as unidades. Os autores recomendam o fortalecimento das diretrizes institucionais e estratégias educativas, em consonância com as diretrizes do SUS, para o enfrentamento dos desafios impostos pela falta de adesão (FARIA *et al.*, 2014).

Estudo realizado com 54 pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo II em acompanhamento com equipe da ESF sobre o perfil epidemiológico e a prevalência da adesão ao tratamento afirma a necessidade de ampliar as ações de educação em saúde para incentivar os pacientes a realizarem de forma consciente o tratamento do Diabetes, enfatizando os perigos de uma glicemia mal controlada, com explicações a respeito das principais complicações da doença (GROFF; SIMÕES; FAGUNDES, 2011).

A criação de grupos de convivência com profissionais qualificados, pacientes com Diabetes Mellitus aderentes e não aderentes e seus familiares, caracteriza importante alternativa para compartilhar experiências exitosas, bem como as barreiras enfrentadas pelos pacientes e profissionais para alcançar a adesão ao tratamento medicamentoso, plano alimentar e exercício físico (FARIA *et al.*, 2013).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Este plano de intervenção se fundamentou em alguns passos do planejamento Estratégico situacional.

6.1 Definição do problema

Entre os vários problemas identificados na realização do diagnóstico situacional destacam-se: incidência e falta de controle da Diabetes mellitus, alta prevalência de hipertensão arterial, aumento do número de pessoas com obesidade, maus hábitos higiênicos e alimentares, prática de polifarmacoterapia, condições ambientais desfavoráveis e consumo de álcool e drogas.

6.2 Priorização dos problemas

Uma vez identificados os problemas, foi realizada a priorização dos mesmos tendo como critérios a importância do problema, urgência e capacidade para enfrentamento. A partir do diagnóstico situacional foi elaborada, pela equipe, a classificação de prioridades para os problemas identificados.

Quadro 1 - Classificação de prioridades dos problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Juza-Paraiso, Divinópolis, MG, 2015.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Incidência e falta de controle da Diabetes mellitus	Alta	8	Parcial	1
Alta prevalência de hipertensão arterial	Alta	7	Parcial	1
Aumento do número de pessoas com obesidade	Alta	5	Parcial	2
Maus hábitos higiênicos e alimentares	Alta	5	Parcial	2
Prática da polifarmacoterapia	Alta	4	Parcial	3
Condições ambientais desfavoráveis	Alta	4	Fora	4

Consumo de álcool e drogas	Alta	4	Parcial	5
----------------------------	------	---	---------	---

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

6.3 Identificação dos nós críticos

Na Equipe de Saúde da Família Juza-Paraiso, em Divinópolis, foram identificados os seguintes nós críticos:

1. Uso incorreto dos medicamentos:

No acompanhamento dos pacientes a equipe tem um papel importante já que pode explicar e orientar como fazer o uso correto dos medicamentos.

2. Ausência de hábitos alimentares corretos:

Nos grupos educativos de Hipertensão e nas visitas domiciliares a equipe pode mostrar a importância de ter uma alimentação saudável com mudanças no estilo de vida, incluindo atividade física, para lograr uma boa compensação da doença e desta forma evitar o desenvolvimento de complicações e melhorar a qualidade de vida dos diabéticos.

3. Educação insuficiente sobre Diabetes:

Realizar acompanhamento pela equipe de saúde visando aumentar o nível de aprendizagem sobre Diabetes aos pacientes doentes e não doentes.

4. Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentamento do problema:

Deve-se organizar o trabalho da equipe visando dar ênfase aos principais problemas de saúde da população de forma ordenada, priorizada e contínua.

5. Estrutura deficiente dos serviços de saúde:

Pela situação deficiente de centros de atendimento que o município apresenta deve-se trabalhar em parceria equipe e paciente para evitar as complicações.

6.4 Plano de ação

Após a análise dos problemas fundamentais identificados no diagnóstico situacional de saúde da área de abrangência realizado a partir do processo de

estimativa rápida e método do Planejamento Estratégico Situacional foi elaborado o plano de ação sobre o problema prioritário escolhido pela equipe de saúde da família.

O Projeto de Intervenção será desenvolvido no território atendido pela ESF Juza-Paraiso no município de Divinópolis. Os sujeitos da intervenção serão os profissionais da equipe de saúde da ESF Juza-Paraiso (médico, enfermeira, técnico de enfermagem, agentes de saúde), líderes formais e não formais da comunidade (conselho comunitário) e a população da área de abrangência.

Entre as estratégias de ações encontram-se:

1. Capacitação aos agentes de saúde sob Diabetes Mellitus acerca dos fatores de risco;
2. Cadastro da área de abrangência pelos agentes de saúde (identificação dos dados: uso correto da terapia medicamentosa, alimentação, fator genético, obesidade, dislipidemias, sedentarismo, consumo excessivo de bebida e carboidratos);
3. Identificação do número de diabéticos e de pessoas com risco na área de abrangência (identificação dos dados: nome e sobrenome, idade, telefone, endereço, descrição do fator de risco);
4. Realização pela equipe de palestra sobre Diabetes Mellitus com a população nos grupos de Hipertensão. As palestras apresentarão abordagem direcionada à população atendida pela ESF Juza-Paraiso, englobando aspectos biológicos, como prevenção de Diabetes Mellitus, seguimentos de diabéticos e reabilitação de sequelas. Além disso, será demonstrada a técnica correta para realização da glicemia com glicômetro, assim como a exploração dos sintomas e sensibilidade nos pacientes atendidos com a doença e como e quando tomar os medicamentos prescritos pelo médico;
5. Registro dos dados coletados na ficha no Sistema de Informação em Atenção Básica (identificação dos dados: número de visitas domiciliares, consultas médicas, odontológicas e de enfermagem);
6. Controle sistemático dos pacientes com risco e educação em saúde acerca de alimentação e estilo de vida saudável para prevenção da Diabetes;
7. Definição de um dia para acompanhamento e avaliação dos pacientes diabéticos.

6.5 Avaliação e Monitoramento

O monitoramento do nível de informações relacionadas aos casos novos pesquisados será realizado utilizando-se anamnese, exame físico neurológico e glicemia capilar em jejum. Todos os casos novos serão discutidos nas reuniões de equipe.

O acompanhamento de indicadores disponíveis no SIAB/DATASUS será utilizado para avaliar anualmente se houve redução das taxas de pacientes diagnosticados com Diabetes Mellitus. Também será realizado o acompanhamento pela equipe segundo programação do programa de Hipertensão aos pacientes Diabéticos para avaliar o controle metabólico.

Por último, também será utilizado como parâmetro de monitoramento e avaliação o número absoluto de casos diagnosticados no ano de 2015 em relação a população da área de abrangência.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste trabalho a equipe de saúde poderá concluir o cadastro da população e conhecer o número de pacientes com Diabetes Mellitus na área de abrangência, os principais fatores de risco que afetam os pacientes, o grau de adesão ao tratamento e as possíveis complicações. Ressalta-se que pode existir dificuldades relacionadas a permanência tanto dos profissionais da equipe de saúde quanto da população, dificultando o cumprimento do cronograma e obtendo resultados falsos negativos no trabalho.

Com a execução do trabalho e das atividades propostas será possível ajudar a população diabética modificar estilo de vida e controlar a doença evitando assim as complicações. A meta mais importante será alcançar a participação superior a 50% dos pacientes nas atividades e que a população execute as mudanças necessárias no tocante ao estilo de vida não saudável.

Com o trabalho em equipe, organização e execução do plano de ações é possível alcançar excelentes resultados com a população diabética na área de abrangência. Nesse contexto a saúde da família tem a responsabilidade de fazer o resgate de um padrão de vida mais saudável, em que o indivíduo possa se responsabilizar por sua saúde e desenvolver o que se denomina como autocuidado. Para tanto são esperadas ações sensibilizadoras que gerem a construção de uma consciência focada no cuidado à saúde, onde profissionais e comunidade façam uma interação permanente com bases sólidas, promovendo desta forma a mudança nos moldes da atenção primária à saúde

REFERENCIAS

ADA. American Diabetes Association. Padronização de cuidados médicos em diabetes. **Diabetes Care**, v. 28, p. 524-36, 2005.

ADLER, A. I. *et al.* Association of systolic blood pressure with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes. Prospective observational study **BMJ**, v. 321, n. 36, p. 412-19, 2000.

BARZILAV, J. I. *et al.* Cardiovascular disease in older adults with glucose disorders: comparisons of American Diabetes Association of diabetes mellitus with who criteria. **Lancet**, v. 354, p. 622-5, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 28, v. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM)**: protocolo / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96 p. il. (Cadernos de atenção Básica, 7).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2010 (Caderno de Atenção Primária, 29).

BRASIL. Portaria nº 371/GM de 4 de março de 2002. Instituir o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2002.

BROADBENT, E.; DONKIN, L.; STROH, J. C. Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. **Diabetes Care**. v. 34, n. 2, p. 338-40, 2011.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, p. 118, 2010.

CAVALLI, L. T. S. *et al.* Nutritional aspects of changes in disease patterns in the Western Pacific Region. **World Health Organization**, v. 74, p. 307-18, 1996.

COSTA, J. A. *et al.* Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 16, n. 3, p. 2001-9, 2011.

CRAIG, M. *et al.* Delayed referral of new-onset type 1 diabetes increases the risk of diabetic ketoacidosis. **The Medical Journal of Austrália**, v. 190, n. 4, p. 219-24, 2009.

FARIA, H. T. G. *et al.* Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 257-63, 2014.

FARIA, H. T. G. *et al.* Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm.** v. 26, n. 3, p. 231-7, 2013.

FERREIRA, C. L. *et al.*, Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema Hiperdia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 53, n. 1, p. 80-6, 2009.

GROFF, D. P.; SIMÕES, P. W. T. A.; FAGUNDES, A. L. S. C. Adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos tipo II usuários da estratégia saúde da família situada no bairro Metrópol de Criciúma, SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 40, n. 3, p. 43- 48, 2011.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes atlas update. Regional & Country Factsheets**, 2012 [Acesso em: 22 nov. 2015]. Disponível em: <http://www.idf.org/diabetes-atlas-update-2012-regional-countryfactsheets>

LERMAN, I. Adherence to treatment: a key for avoiding long-term complications of diabetes. **Arch Med Res.** v. 36, n. 3, p. 300-6, 2005.

LESSA, I. Epidemiologia do tratamento e da adesão ao tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus. In: Lessa I. (org.). **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo: Hucitec/ ABRASCO, 1998. p.223-39.

MALERBI, D.; FRANCO, L. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. **Diabetes Care**, v. 15, p. 1509-16, 1992.

PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS. **Plano Municipal de Saúde**. Divinópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

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

REINERS, A. A. O. *et al.* Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 13, supl. 2, p. 2299-2306, 2008.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenge. *Lancet*. 2011; 377(9781):1949-61.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes**. Itapevi: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009 [Acesso em: 22 nov. 2015]. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva: WHO; 2003.

ZIMMET, P. Z.; MCCARTY, D. J.; COURTEN, M. P. The global epidemiology of non-insulin-dependent diabetes mellitus and the metabolic syndrome. **Journal of Diabetes and Its Complications**, v. 11, p. 60-8.1997.