

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

JEANINE DE OLIVEIRA SILVA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE GLICÊMICO DOS
PACIENTES DIABÉTICOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PROFESSOR IB GATTO FALCÃO - MARECHAL DEODORO -
ALAGOAS**

**MACEIÓ - ALAGOAS
2015**

JEANINE DE OLIVEIRA SILVA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE GLICÊMICO DOS
PACIENTES DIABÉTICOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PROFESSOR IB GATTO FALCÃO - MARECHAL DEODORO -
ALAGOAS**

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

Orientadora: Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

**MACEIÓ - ALAGOAS
2015**

JEANINE DE OLIVEIRA SILVA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE GLICÊMICO DOS
PACIENTES DIABÉTICOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PROFESSOR IB GATTO FALCÃO - MARECHAL DEODORO -
ALAGOAS**

Banca examinadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Profa Dra Selme Silqueira de Matos - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 20 de dezembro de 2015

DEDICO

Dedico este trabalho aos meus pais por todo amor e por me incentivarem em meus projetos, ao meu filho e ao meu companheiro por serem desde já molas propulsoras do meu crescimento.

AGRADEÇO

A Deus por todos os planos maravilhosos que realiza em minha vida; à minha família pelo apoio constante e incondicional; à equipe de saúde da família Professor Ib Gatto Falcão, aos tutores, orientadores e colegas do curso de especialização pelo apoio durante a realização do projeto.

RESUMO

O diagnóstico situacional da população na área de abrangência da unidade de saúde da família Professor Ib Gatto Falcão, em Marechal Deodoro-AL possibilitou a identificação e a escolha da dificuldade de controle glicêmico dos diabéticos, cuja adesão ao tratamento é baixa, como principal problema a ser solucionado. Este estudo foi realizado com o objetivo de elaborar um projeto de intervenção para melhoria do controle glicêmico dos pacientes diabéticos na área de abrangência dessa unidade de saúde. O projeto de intervenção, portanto, define estratégias com o intuito de aumentar a adesão ao tratamento proposto para melhorar o controle glicêmico dos pacientes diabéticos e reduzir a incidência de complicações no futuro. A partir da priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional, para realização do estudo foi realizada, a princípio, uma revisão bibliográfica e posteriormente, o desenvolvimento das etapas de um plano de ação para controle dos pacientes diabéticos fundamentado nos pressupostos do Planejamento Estratégico Situacional. O planejamento de ações estratégicas para cuidado integral dos diabéticos almeja melhorar a qualidade da assistência ao portador da doença crônica e reduzir a morbimortalidade entre os mesmos. Para isso a capacitação da equipe de saúde para desenvolver ações educativas sobre o tratamento do diabetes mellitus é essencial para que os pacientes tenham maior conhecimento sobre o seu diagnóstico, os riscos da não adesão ao tratamento e a importância do autocuidado.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus*. Adesão do paciente. Educação em saúde.

ABSTRACT

The Situational diagnosis of the population in the area of health family unit Professor Ib Gatto Falcão, in Marechal Deodoro-AL, made possible the identification and choice of difficulty of glycemic control of diabetic patients, whose treatment adherence is low, as the main problem to be solved. This study was conducted with the objective of elaborating a project for improving glycemic control of diabetic patients in the area covered by this health unit. The intervention project, therefore, will define strategies in order to increase the compliance to therapy to improve glycemic control of diabetic patients and reduce the incidence of complications in the future. From the prioritization of problems identified in the Situational diagnosis, for conducting the study was conducted at first a literature review and later the development of an action plan for control of diabetic patients based on the Situational strategic planning assumptions. Strategic action planning for integral care of diabetics aims to improve the quality of care to the carrier of chronic disease and reduce the morbidity and mortality between them. The training of health staff to develop educational activities on the treatment of diabetes mellitus is essential for patients to have greater knowledge about your diagnosis, the risks of non-adherence to treatment and the importance of self-care.

Key words: Diabetes Mellitus. Patient compliance. Health education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AL	Alagoas
AMGC	Auto-monitoramento da Glicemia Capilar
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Equipe de Saúde da Família
HIPERDIA	Cadastramento e Acompanhamento de Pacientes Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPHAN	Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMCG	Sistema de Monitoramento Contínuo da Glicose

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVO	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

Marechal Deodoro é um município brasileiro do estado de Alagoas. O município faz parte da Região Metropolitana de Maceió, a capital do estado. Sua população estimada pelo IBGE para 2014 era de 47.504 habitantes. Possui área de 331,682 km² e densidade demográfica de 138,62 hab/Km². O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 foi de 0,642. Situa-se à margem da Lagoa Manguaba, a 15 quilômetros de Maceió e faz limites com Pilar, São Miguel dos Campos, Satuba, Santa Luzia do Norte, Coqueiro Seco e Oceano Atlântico. (IBGE,2014).

O município foi criado em 09 de novembro de 1939, com a denominação de Marechal Deodoro, em homenagem ao Marechal Deodoro da Fonseca, alagoano que foi o primeiro presidente da república do Brasil. Em 16 de setembro de 2006, foi considerada pelo Ministério da Cultura como Patrimônio Histórico Nacional, em virtude do seu passado e de ter sido berço do Marechal Deodoro da Fonseca, proclamador da República Brasileira (MARECHAL DEODORO, 2015a, sp.).

O Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN) investe no turismo e na conservação dos patrimônios históricos, principalmente no centro histórico de Marechal Deodoro, onde se encontram construções do século XVII influenciadas pela colonização e arquitetura de Portugal, na maioria delas prédios de arquitetura religiosa. Portanto, os turistas podem admirar um patrimônio histórico admirável de Alagoas, do Brasil e do mundo (MARECHAL DEODORO, 2015b).

Marechal Deodoro é composto pelos vilarejos: Barra Nova, Massagueira, Praia do Francês e Ilha de Santa Rita.

O turismo em Marechal Deodoro tem crescido muito nos últimos anos com a construção de novos hotéis e pousadas, principalmente na praia do Francês considerada uma das praias mais belas do Brasil.

Além do turismo, o município de Marechal Deodoro tem como principais fontes de renda e geração de empregos as indústrias da Cadeia Produtiva da Química e do Plástico implantadas em seu distrito industrial, usina sucroalcooleira, varejo, artesanato e pesca.

Quanto à rede de atenção à saúde, o município conta com 15 equipes da Estratégia Saúde da Família implantadas, o que representa 62,5% de cobertura (DATASUS, 2015; IBGE, 2014).

O município tem 1.373 diabéticos cadastrados, abaixo do esperado pela taxa de estimativa de prevalência de 7,6% entre 30 e 69 anos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008) e dentre esses apenas 1.252 diabéticos acompanhados (SIAB, 2015).

O vilarejo Massagueira, onde se situa a equipe de saúde da família professor Ib Gatto Falcão, foi uma pequena vila no passado; hoje é um povoado bastante habitado, sobretudo, por pescadores que retiram o sustento das águas da Lagoa Manguaba. Cresce a cada dia o número de construções e habitações no canal, dessa maneira o número de pedreiros que povoam o local também é vasto. O território atualmente ocupado pelo povoado foi doado a João Esteves em 1611 para construção da Igreja de Nossa Senhora da Conceição. O topônimo Massagueira é derivado do nome de um engenho de açúcar (MARECHAL DEODORO, 2015a; ALAGOAS, 2015).

O povoado é famoso pela culinária típica de Alagoas. Por ser um polo gastronômico, em sua maioria o comércio está voltado para bens de consumo tangíveis não duráveis, como alimentação e vestuário (ALAGOAS, 2015).

Atualmente Massagueira conta com duas unidades de Saúde da Família e suas respectivas equipes para atender a demanda populacional.

A área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Professor Ib Gatto Falcão (Massagueira I) tem cerca de 7.553 pessoas conforme o remapeamento da área realizado em junho de 2015, com a população distribuída em 9 micro áreas, sendo oito delas urbanas e uma rural.

A Unidade de Saúde está em funcionamento há cerca de 28 anos e sempre esteve lotada no mesmo endereço, mas foi se estruturando ao longo dos anos. Hoje a unidade possui uma sala de acolhimento, administração, sala de triagem, sala de vacina, farmácia com distribuição de controlados para esse e outros povoados, sala

de procedimentos, sala de observação, consultório odontológico, consultório médico, consultório da enfermagem, sala de reuniões, sala de esterilização e copa.

A estrutura da unidade é boa, pois possui espaço físico bem aproveitado; a dificuldade encontrada é na sala de acolhimento, pois a mesma é pequena para a demanda e a população coberta.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) Massagueira I possui 73 diabéticos cadastrados, número muito abaixo do esperado a partir da estimativa de 7,6% da população entre 30 e 69 anos, o que revela pacientes diabetes subdiagnosticados e/ou população sem cobertura suficiente. Dentre esses, 84% estão sendo acompanhados (SIAB, 2015).

O município não faz notificação adequada da morbimortalidade por diabetes, não tendo como mensurar a deficiência na abordagem ou a baixa adesão ao tratamento dentre os pacientes acompanhados. Também não se tem dados suficientes nos prontuários ou nas fichas de atendimento diário para mensurar a extensão dos pacientes diabéticos que não aderem ao tratamento e/ou os que já possuem complicações.

O diabetes mellitus (DM) é um estado hiperglicêmico, acompanhado de complicações agudas e crônicas, que podem incluir dano, disfunção ou falência de órgãos, especialmente de rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. É uma doença comum e de incidência crescente (GIL; HADDAD; GUARIENTE, 2008, p.142).

O tratamento do diabetes mellitus (DM), segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a, p.47), consiste:

[...] na adoção de hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo, acrescido ou não do tratamento farmacológico. Estes hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, e possuem uma importância fundamental no controle glicêmico, além de atuarem no controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Apesar destas medidas aparentemente simples, Assunção e Ursine (2008) comentam que a adesão a esse tratamento não é fácil, pois exige mudança na rotina diária da pessoa com DM, em seu estilo de vida e mudanças dos hábitos de alimentação inadequados.

A ESF Massagueira I, por meio do diagnóstico situacional, priorizou entre os problemas identificados a dificuldade de adesão das pessoas com Diabetes Mellitus ao tratamento e controle glicêmico dos mesmos e definiu por elaborar este projeto de intervenção.

2 JUSTIFICATIVA

A não adesão da pessoa com diabetes Mellitus ao tratamento é considerada um sério problema nos cenários brasileiro e internacional, pois “prejudica a resposta fisiológica à doença, a relação profissional-paciente, aumenta o custo direto e indireto do tratamento” (FARIA *et al.*, 2013, p.232).

O diagnóstico situacional da população na área de abrangência da unidade possibilitou a identificação e a escolha da dificuldade de controle glicêmico das pessoas diabéticas, cuja adesão ao tratamento é baixa, como principal problema a ser solucionado.

O projeto de intervenção, portanto, definirá estratégias com o intuito de melhorar a adesão à terapia e reduzir a incidência de complicações no futuro. Faria *et al.* (2014) afirmam ser imperiosa a busca por estratégias de intervenções que têm como foco minimizar essa situação na atenção às pessoas com diabetes.

Com este plano de intervenção a equipe da unidade básica pretende aumentar o conhecimento das pessoas diabéticas sobre o seu diagnóstico, orientar melhor os pacientes sobre os riscos da não adesão ao tratamento, sobre a importância do autocuidado. Pretende também identificar as dificuldades gerais da população em aderir ao tratamento proposto e as limitações individuais de cada paciente para capacitar a equipe para uma abordagem mais eficiente junto à população.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para melhoria do controle glicêmico dos pacientes diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Professor Ib Gatto Falcão no município de Marechal Deodoro - AL.

4 METODOLOGIA

A partir da priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional, para realização do estudo foi realizado a princípio uma revisão bibliográfica e posteriormente o desenvolvimento das etapas de um plano de ação para controle dos pacientes diabéticos fundamentado nos pressupostos do Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para que as estratégias de ação fossem condizentes com a realidade da população local foi feito um levantamento de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), do programa de Cadastramento e Acompanhamento de Pacientes Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) e dos mapeamentos e trabalhos realizados pela ESF da Massagueira.

A pesquisa das publicações sobre o tema foi realizada nas publicações do Ministério da Saúde, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Descritores utilizados: *Diabetes Mellitus*, Adesão do paciente, Educação em saúde.

“O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão” e para isso as ações propostas serão sistematizadas e monitoradas no plano de ação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.73).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O diabetes mellitus é “uma doença de importância mundial que vem se tornando um problema de saúde pública, tomando proporções crescentes no que se refere ao aparecimento de novos casos” (GRILLO; GORINI, 2007, p.49).

Estima-se que atualmente existam em todo o mundo aproximadamente 382 milhões de pessoas com diabetes, sendo que no ano de 2035 essa população pode chegar a 471 milhões de pessoas. O aumento da prevalência de pessoas com diabetes está associado ao crescente envelhecimento da população, à urbanização cada vez maior, ao estilo de vida que tem resultado, geralmente, no aumento do número de indivíduos obesos e sedentários; a maior sobrevivência de pessoas com diabetes também contribui nesse sentido. Um Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes no Brasil “evidenciou a influência da idade na prevalência de DM e observou aumento de 2,7% na faixa etária de 30 a 59 anos para 17,4% na de 60 a 69 anos, ou seja, um aumento de 6,4 vezes” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015, p.1).

Observa-se também que a população feminina sobrepõe à masculina. Em 2011, dados brasileiros indicaram que “as taxas de mortalidade por DM (por 100 mil habitantes) são de 30,1 para a população geral, 27,2 nos homens e 32,9 nas mulheres” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015, p.1).

As consequências humanas, sociais e econômicas relacionadas ao DM são impactantes, ocorrem aproximadamente quatro milhões de mortes por ano relativas ao DM e suas complicações, o que representa 9% da mortalidade mundial total (BRASIL, 2006).

Segundo Pontieri e Bachion (2010, p.152), o diabetes mellitus pode apresentar complicações agudas e crônicas:

[...] Entre as complicações agudas estão a hiperglicemia e a hipoglicemia. As complicações crônicas podem ser macrovasculares (doença cardíaca coronária, doença vascular periférica e doença cerebrovascular), microvasculares (retinopatia e nefropatia) e neurológicas (neuropatia).

De acordo com Pontieri e Bachion (2010, p.152), citando a American Diabetes Association (2005), “o maior desafio para o controle da síndrome é manter a glicemia dentro de parâmetros adequados”, ou seja, “glicemia de jejum menor que 126 mg/dl e hemoglobina glicosilada menor que 7%”.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2015) enfatiza que as complicações do diabetes mellitus podem ser reduzidas, de forma significativa, por meio do controle da glicemia. Portanto, no acompanhamento das pessoas com DM, é importante que se utilizem métodos que avaliem a frequência e a magnitude da hiperglicemia, o que possibilita os ajustes no tratamento.

A esse respeito, a própria Sociedade Brasileira de Diabetes (2015, p.110) afirma que:

Houve avanços significativos nos métodos utilizados, com o desenvolvimento de testes que avaliam o controle glicêmico em longo prazo, como a hemoglobina glicada (HbA1c), assim como aqueles que detectam flutuações da glicemia ao longo do dia, como o auto-monitoramento da glicemia capilar (AMGC) e o sistema de monitoramento contínuo da glicose em líquido intersticial (SMCG).

Para Pace *et al.* (2006) a pessoa com diabetes necessita de cuidado integral, envolvendo aspectos psicossociais e culturais, além do controle glicêmico.

Araujo *et al.* (2010) corroboram com essa afirmativa ao enfatizarem que a pessoa diabética necessita de atenção não apenas no que se refere à terapêutica medicamentosa, mas considerando a dinâmica de sua doença, necessita também de cuidados e orientações quanto aos hábitos alimentares, à prática de atividade física, ao alívio das tensões emocionais, entre outras.

Neste sentido, a educação em saúde é fundamental. Tem como foco a informação, a motivação e o fortalecimento da pessoa com DM e sua família para “conviver com a condição crônica. E a cada atendimento, deve ser reforçada a percepção de risco à saúde, o desenvolvimento de habilidades e a motivação para superar esse risco” (GARCIA; SUAREZ, 1999 *apud* PACE *et al.*, 2006, p.729).

É importante que os profissionais de saúde sejam capacitados não somente quanto ao conteúdo específico relacionado ao DM, mas também quanto ao processo da educação em saúde, incluindo abordagens construtivistas e diferenciadas,

contemplando as características do indivíduo, como idade, escolaridade, cultura e tempo de diagnóstico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2015, p.20), a educação em saúde é:

[...] um processo contínuo e têm como objetivos: adesão ao plano alimentar prescrito; independência quanto a trocas alimentares; atitudes e decisões em situações não rotineiras e conscientização da influência das escolhas alimentares no controle glicêmico e na prevenção de complicações agudas e crônicas.

Estancial e Marini (2013) destacam a necessidade que o paciente diabético deve ter de conhecer os riscos relacionados ao DM, do uso contínuo dos medicamentos, hábitos e estilos de vida adequados para o controle dos sinais e sintomas da doença.

A falta de conhecimento sobre a doença, dos próprios pacientes e dos seus cuidadores, “associada à inadequada capacitação e integração entre os profissionais de saúde, relaciona-se diretamente ao problema da adesão” (COSTA *et al.*, 2011, p.2007).

Por outro lado, Assunção e Ursine (2008, p.2196), em estudo relacionado à adesão de pessoas diabéticas ao tratamento não-farmacológico, identificaram como fatores favoráveis: “motivação com o tratamento, fazer parte de algum grupo de diabéticos, conhecimento sobre as complicações do diabetes e morar em local de elevado risco”.

De acordo com Grillo e Gorini (2007) para que a pessoa diabética tenha uma melhor qualidade de vida, é importante que seja acompanhada por uma equipe multidisciplinar formada por diversos profissionais como: médico, nutricionista, enfermeiro, cirurgião dentista, psicólogo e assistente social, uma vez que não se pode considerar apenas o controle glicêmico, mas também os aspectos psicológicos, sociais e culturais que envolvem a pessoa para que a adesão ao tratamento e às mudanças do estilo de vida seja mais efetiva.

Costa *et al.*, (2011) enfatizam que ao se planejar as ações de saúde voltadas para a assistência integral às pessoas diabéticas, devem ser considerados os fatores comportamentais e emocionais que cada um apresenta.

A educação em saúde representa um momento de construção de conhecimentos onde paciente e equipe de saúde discutem as informações sobre o DM, seus fatores de risco, suas complicações e seu tratamento. Portanto, as práticas educativas constituem-se a “melhor maneira de conscientizar a pessoa com diabetes sobre a importância da melhora dos hábitos alimentares e do seu próprio cuidado” (FRIGO *et al.*, 2013, p.143).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

A realização do diagnóstico situacional é fundamental para a elaboração de estratégias a fim de resolver os problemas existentes na comunidade adstrita. É a partir dele que se realiza o planejamento e se propõe intervenções necessárias para a resolução das questões a serem resolvidas.

O projeto de intervenção elaborado segue os pressupostos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), incluindo os passos: definição dos problemas, priorização dos problemas, descrição do problema selecionado, explicação do problema, seleção dos “nós críticos”, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano, elaboração do plano operativo e gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Definição dos problemas

Por meio do diagnóstico situacional na área de abrangência da unidade de Saúde da Família Professor Ib Gatto Falcão foram identificados como principais problemas: crianças com esquema de vacinação inadequado, baixa adesão a terapia anti-hipertensiva, uso indiscriminado de psicotrópicos, dificuldade de adesão do paciente ao tratamento de Diabetes Mellitus e controle glicêmico dos mesmos.

Priorização de problemas

Analisando a importância do problema, sua urgência e capacidade da equipe para enfrentá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), o problema priorizado foi a dificuldade de controle glicêmico dos pacientes diabéticos, considerando que a adesão ao tratamento proposto é baixa e o índice de agravos evitáveis é alto.

Para atuar frente ao problema e orientar melhor os pacientes sobre os riscos da não adesão ao tratamento, a equipe fará a identificação das dificuldades gerais da população em aderir ao tratamento e das limitações individuais de cada caso, procurando formas de sanar as dificuldades particulares de cada um para a realização da terapia adequada e redução da incidência de complicações no futuro.

Descrição do problema

Uma parte da população do povoado é extremamente carente de educação, o que dificulta o entendimento da morbidade e da necessidade de realizar o cuidado orientado. A adesão à terapia medicamentosa e não medicamentosa do DM é baixa e o índice de complicação dentro desse universo de pacientes é alto, com muitos casos identificados de pacientes com úlceras em pernas e pés e casos de amputação de membros, principalmente entre os pacientes idosos e mais carentes.

Batista e Luz (2012) relatam estudos que indicam que as pessoas com diabetes têm quinze vezes mais chances de vir a ter um membro inferior amputado do que aquelas não diabéticas, sendo o DM responsável por metade das amputações não traumáticas em todo o mundo.

Explicação do problema

A assistência aos pacientes com doenças crônicas com o diabetes é complexa, pois depende de um sistema de saúde organizado que estabeleça um cuidado integral ao paciente (BRASIL, 2013b).

Além da assistência em saúde adequada o sucesso terapêutico neste universo depende dos fatores individuais de cada paciente, da resistência ao tratamento e do seu nível de conhecimento sobre o diagnóstico e sobre a importância do autocuidado.

Identifiquei várias formas de não adesão ou adesão inadequada ao tratamento: pacientes fazendo uso dos medicamentos de forma diversa daquela que foi prescrita; pacientes que não aderem à dieta por não saber quais devem ser as restrições, pois geralmente não conseguem fazer a distinção entre os alimentos com carboidratos. Alguns pacientes insulíndependentes abandonam a insulina por não saber aplicá-la; outros sedentários que não compreendem a importância da atividade aeróbica recomendada; baixa renda familiar que impossibilita o consumo da alimentação adequada; idosos sem cuidadores para o auxílio na adesão a terapia, falta de acompanhamento na unidade, dentre outros.

Seleção dos “nós críticos”

A partir desta realidade, foram identificados os principais “Nós críticos” do problema dificuldade de controle glicêmico dos diabéticos na área de abrangência da ESF Professor Ib Gatto Falcão:

- Baixa adesão ao tratamento proposto para o *Diabetes Mellitus*
- Descontrole dos níveis glicêmicos
- Alto índice de agravos evitáveis entre os diabéticos

Desenho das operações

O projeto de intervenção foi elaborado para ser executado pela equipe multiprofissional da unidade e o plano de ação será executado após reuniões para planejamento e adequação do projeto.

Os quadros 1, 2 e 3 apresentam as operações para o enfrentamento dos três “nós críticos” identificados, bem como os resultados e produtos esperados, atores envolvidos, recursos necessários e recursos críticos, controle dos recursos críticos, viabilidade do plano, ações estratégicas, responsáveis, cronograma, gestão, acompanhamento e avaliação.

Quadro 1- Operações sobre o “nó crítico baixa adesão ao tratamento proposto” relacionado ao problema “dificuldade de controle glicêmico dos diabéticos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ib Gatto Falcão, em Marechal Deodoro, Alagoas.

Nó crítico 1	Baixa adesão ao tratamento proposto para o Diabetes Mellitus
Operação	Aumentar a adesão ao tratamento proposto melhorando o nível de conhecimento da população sobre o <i>diabetes mellitus</i> .
Projeto	“Ações educativas e adesão à terapia”
Resultados esperados	Aumento do nível de conhecimento da população sobre o diabetes mellitus.
Produtos esperados	Mudanças no estilo de vida, hábitos alimentares corretos e se necessário, uso de medicamentos.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, Enfermeiro, Nutricionista.
Recursos necessários	<p>Estrutural: Disponibilização de salas para realização das atividades pela equipe de intervenção educacional, de computador e data show para as atividades educativas.</p> <p>Cognitivo: Capacitação da equipe de saúde para desenvolver atividades de ensino sobre o tratamento do diabetes mellitus.</p> <p>Financeiro: Confecção de folhetos e cartazes educativos.</p> <p>Político: Parceria com envolvimento com a comunidade e utilização de marketing para informações quanto à importância da adesão a terapia dos portadores de diabetes mellitus.</p>
Recursos críticos	<p>Equipe → Capacitação da equipe</p> <p>Político → Utilização de marketing para informações quanto à importância da adesão a terapia</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Equipe e Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>Motivação: Favorável</p>
Ação estratégica de motivação	Reuniões mensais para verificar a realização das atividades educativas.
Responsáveis:	Equipe
Cronograma / Prazo	1 ano; 1 mês para cada ACS (unidade possui 9); 3 meses para ajustes
Gestão, acompanhamento e avaliação	Quatro tardes por mês (um período durante a semana) para realizar as atividades educativas.

Quadro 2- Operações sobre o “Descontrole dos níveis glicêmicos” relacionado ao problema “dificuldade de controle glicêmico dos diabéticos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ib Gatto Falcão, em Marechal Deodoro, Alagoas.

Nó crítico 2	Descontrole dos níveis glicêmicos
Operação	Controlar os níveis glicêmicos a partir da organização do processo de trabalho de atenção ao diabético.
Projeto	“Acompanhamento ambulatorial e controle glicêmico”
Resultados esperados	Atenção adequada e cuidada integral à pessoa com diabetes.
Produtos esperados	Manutenção de níveis adequados de glicemia entre os pacientes acompanhados no projeto.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, Enfermeiro, Técnicos de enfermagem e ACS
Recursos necessários	<p>Estrutural: Disponibilização de sala para consultas médicas agendadas para os diabéticos no horário da semana programado.</p> <p>Cognitivo: Capacitação da equipe de saúde dentro de uma padronização de condutas e habilidades técnicas para aferir glicemia e orientar os pacientes sobre os níveis glicêmicos adequados.</p> <p>Financeiro: Disponibilização de Monitores de Glicose, Tiras Teste, Lancetadores e Lancetas para os diabéticos. Além de material suficiente para triagem e controle glicêmico na unidade.</p> <p>Político: Parceria com um laboratório para realização de exames seriados para diagnóstico e seguimento dos pacientes como: Glicemia de Jejum, TOTG (Teste oral de tolerância à glicose) e HbA1c (hemoglobina glicada).</p>
Recursos críticos	<p>Financeiro → Disponibilização de Instrumentos para aferir glicemia.</p> <p>Político → Parceria com o laboratório.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Equipe e Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>Motivação: Favorável</p>
Ação estratégica de motivação	Reuniões mensais para ajustar a agenda médica junto aos ACS e a marcação de consultas para os diabéticos a cada dois meses.
Responsáveis:	Equipe
Cronograma / Prazo	Consultas a cada dois meses para os diabéticos; 6 meses para primeira avaliação e monitoramento do controle glicêmico; 1 ano para ajuste e manutenção de glicemia adequada.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento ambulatorial dos diabéticos a partir das consultas agendadas no dia do HIPERDIA às quartas feiras.

Quadro 3- Operações sobre o “nó crítico alto índice de agravos evitáveis entre os diabéticos” relacionado ao problema “dificuldade de controle glicêmico dos diabéticos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ib Gatto Falcão, em Marechal Deodoro, Alagoas.

Nó crítico 3	Alto índice de agravos evitáveis entre os diabéticos
Operação	Prevenir os agravos evitáveis, como: pé diabético, úlceras e amputações.
Projeto	“Percepção de risco à saúde, desenvolvimento de habilidades e a motivação para superar esse risco”
Resultados esperados	Compreensão do diagnóstico e da importância do autocuidado.
Produtos esperados	Diminuição da morbimortalidade dos pacientes diabéticos
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, Enfermeiro, Técnico de enfermagem, Paciente
Recursos necessários	<p>Estrutural: Disponibilização de carros para realização das visitas domiciliares aos diabéticos com dificuldades de locomoção e para a realização de curativos e/ou cuidados necessários aos mesmos. Salas para equipe de intervenção educacional e reuniões motivacionais para “superar os riscos” entre os pacientes diabéticos.</p> <p>Cognitivo: Capacitação da equipe de saúde para desenvolver atividades de ensino de habilidades como: aplicação de insulina, aferir glicemia com monitor, cuidado com os pés, realização de curativos em úlceras.</p> <p>Financeiro: Contratação de motorista para realizar as visitas, Disponibilização de instrumentos para o ensino das habilidades.</p> <p>Político: Parceria com envolvimento com a comunidade na construção de campanhas para prevenção dos agravos evitáveis.</p>
Recursos críticos	<p>Estrutural → Disponibilização de carros para realização das visitas.</p> <p>Cognitivo → Capacitação da equipe de saúde para desenvolver atividades de ensino de habilidades</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Equipe e Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>Motivação: Favorável</p>
Ação estratégica de motivação	Reuniões mensais para verificar a realização das atividades educativas.
Responsáveis:	Equipe
Cronograma / Prazo	1 ano; 1 mês para cada ACS (unidade possui 9); 3 meses para ajustes
Gestão, acompanhamento e avaliação	<p>Quatro tardes por mês (um período durante a semana) para realizar as atividades educativas.</p> <p>Acompanhamento ambulatorial dos diabéticos a partir das consultas agendadas no dia do HIPERDIA às quartas feiras.</p>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instrumento de gestão diagnóstico situacional na área de abrangência da ESF Ib Gatto Falcão, permitiu a priorização de um problema relevante não só para esta comunidade como para a grande maioria que não possui sistematização do cuidado e dos atendimentos.

A revisão de literatura reforçou que além da melhora no controle glicêmico é relevante considerar-se os aspectos psicológicos, sociais e culturais dos pacientes, para que se possa obter um aumento na adesão ao tratamento proposto, ocasionando melhoria na qualidade de vida dos mesmos.

A capacitação da equipe de saúde multidisciplinar para desenvolver atividades de ensino sobre o tratamento do diabetes mellitus e de habilidades é essencial para que os pacientes tenham melhor compreensão do diagnóstico e da importância do autocuidado.

Espera-se, com o planejamento de ações estratégicas para cuidado integral das pessoas com diabetes, melhorar a qualidade da assistência prestada e reduzir a morbimortalidade entre as mesmas.

REFERÊNCIAS

- ALAGOAS. Alagoas Expresso. 2014. **Pólo Gastronômico: Povoado da Massagueira reserva deliciosas surpresas aos visitantes**. Disponível em: <http://issuu.com/alagoasexpresso/docs/alagoas_expresso_-_45_-_completo> Acesso em: 02 jul. 2015
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, 28(Supl 1):54-536, 2005.
- ARAÚJO, Márcio Flávio Moura; GONCALVES, Ticiania da Cunha; DAMASCENO, Marta Maria Coelho; CAETANO, Joselany Áfio. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, n. 2, p. 361-7, 2010.
- ASSUNCAO, Thaís Silva; URSINE, Priscila Guedes Santana. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de *diabetes mellitus* assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.13, sup.2, p.2189-2197, 2008.
- BATISTA, Nancy Nay Leite de Araújo Loiola; LUZ, Maria Helena Barros de Araújo. Vivências de pessoas com diabetes e amputação de membros. **Rev. bras. enferm.**, v.65, n.2, p.244-250, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcad16.pdf>> Acesso em: 14 out. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 28 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) 2015. Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br>> Acesso em: 02 jul. 2015.
- CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p.
- COSTA, Jorge de Assis; BALGA, Rômulo Sangiorgi Medina; ALFENAS, Rita de Cássia Gonçalves; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciênc Saude Colet**, v.16, n. 3, p.2001-2009, 2011.
- ESTANCIAL, Camila Stéfani; MARINI, Danyelle Cristine. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso. **FOCO**, n. 5, p. 27-40, 2013.

FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes *et al.* Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm.**, v.26, n.3, p.231-237, 2013.

FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes *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.

FRIGO, Letícia Fernandez *et al.* Ação educativa interdisciplinar para pacientes com diabetes na atenção básica: uma revisão bibliográfica. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 2, n. 4, p.141-143, 2013.

GARCIA, R; SUAREZ, R. La educación en diabetes: algunas reflexiones para la práctica. **Rev Asoc Am Diabetes**, 7(3):170-7, 1999.

GIL, Gislaine Pinn; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço; GUARIENTE, Maria Helena D. Menezes. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 29, n. 2, p. 141-154, 2008.

GRILLO, Maria de Fátima Ferreira; GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho. Caracterização de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 60, n.1, p.49-54, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades Alagoas**. 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=270470&search=alagoas|marechal-deodoro>>. Acesso em: 02 jul. 2015.

MARECHAL DEODORO. Prefeitura Municipal. **A cidade: história – Marechal Deodoro-AL**. 2015a. Disponível em: <<http://www.marechaldeodoro.al.gov.br/marechal-deodoro/a-cidade/>> Acesso: 10 ago. 2015.

MARECHAL DEODORO. Prefeitura Municipal. **Patrimônio histórico**. 2015b. Disponível em: <<http://www.marechaldeodoro.al.gov.br/patrimonio-historico/>> Acesso: 02 set. 2015 ago. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2 ed. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2008. 349p.

PACE, Ana Emilia; OCHOA-VIGO, Kattia; CALIRI, Maria Helena Larcher; FERNANDES, Ana Paula Morais. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.14, n.5, p.728-734, 2006.

PONTIERI, Flavia Melo; BACHION, Maria Márcia. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.151-160, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015**. [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.