

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

NATÁLIA PASCOAL FERREIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO SOBRE A NÃO ADESÃO DOS
PACIENTES AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS, ESF
VILA PARQUE IBITURUNA, GOVERNADOR VALADARES- MG**

GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS

2015

NATÁLIA PASCOAL FERRADEIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO SOBRE A NÃO ADESÃO DOS
PACIENTES AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS, ESF
VILA PARQUE IBITURUNA, GOVERNADOR VALADARES- MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em
Estratégia de Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientadora: Profª Fernanda Magalhães Duarte Rocha

GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS 2015
NATÁLIA PASCOAL FERREIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO SOBRE A NÃO ADESÃO DOS
PACIENTES AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS, ESF
VILA PARQUE IBITURUNA, GOVERNADOR VALADARES– MG**

RESUMO

A cidade de Governador Valadares encontra – se no estado de Minas Gerais, onde fica situado o bairro Vila Parque Ibituruna. Neste bairro atua a equipe ESF Vila Parque Ibituruna, que devido a alta taxa de pacientes portadores do diabetes e a dificuldade no controle da doença desenvolveu este trabalho com objetivo de propor um plano de ação para melhor adesão dos pacientes ao tratamento. Para desenvolver este projeto foi utilizado o método simplificado de Planejamento Estratégico Situacional – PES e revisão de literatura feita com pesquisas em sites como Biblioteca virtual em saúde e Scielo. Dessa forma, após identificar os problemas e os nós críticos, foi possível elaborar um plano de ação, com o desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade do plano e elaboração do plano operativo. Para solucionar o problema identificado, foi estabelecida busca ativa a população para diagnóstico precoce da doença, mudanças de hábitos de vida como alimentação, atividades físicas, controle de tabagismo e etilismo e também proporcionando um maior conhecimento a população e uso correto da medicação. Considera – se o plano exequível de acordo com a análise da viabilidade do plano.

Palavras-chave: Hipertensão. Pressão arterial. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The city of Governador Valadares finds If the state of Minas Gerais, where is located the neighborhood Vila Park Ibituruna. In this neighborhood operates the ESF Vila Park Ibituruna team, that due to high rate of patients with diabetes and difficulty in controlling the disease developed this work in order to propose an action plan to better patient adherence to treatment. To develop this project we used the simplified method of Situational Strategic Planning - PES, literature review done research on sites like virtual library in health and Scielo. Thus, after identifying the problems and we critics, it was possible to draw up an action plan, with the design of operations, identification of critical resources, plan feasibility analysis and preparation of the operational plan. To solve the problem identified, the search was established active population for early diagnosis, lifestyle changes such as diet, physical activity, tobacco control and alcohol consumption as well as providing a greater knowledge the people and correct use of medication. Considers feasible plan according to the analysis of the plan's viability.

Keywords: Diabete. Family Health. Primary care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVO	13
4 METODOLOGIA	14
5 REFERENCIAL TEÓRICO	15
6 PLANO DE AÇÃO	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30

LISTA DE TABELAS E QUADROS

TABELA 1- População área urbana e rural segundo a faixa etária no município de Governador Valadares segundo SIAB de 2014 -----	09
QUADRO 1- Classificação de prioridades para os problemas identificados na ESF Vila Parque Ibituruna. -----	19
QUADRO 2- Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “Não adesão dos pacientes ao tratamento do Diabetes Mellitus” -----	20
QUADRO 3- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações do problema “Não adesão dos pacientes ao tratamento do Diabetes Mellitus” -----	22
QUADRO 4- Análise de viabilidade do plano do problema “Não adesão dos pacientes ao tratamento do Diabetes Mellitus” -----	23
QUADRO 5- Plano operativo do problema “Não adesão dos pacientes ao tratamento do Diabetes Mellitus” -----	24
QUADRO 6- Planilha para acompanhamento das operações/projetos -----	26

1 INTRODUÇÃO

Governador Valadares é um município brasileiro no interior do estado de Minas Gerais. Localiza-se a nordeste da capital do estado, distando desta cerca de 324 quilômetros. Está a 1064 quilômetros de Brasília, a capital federal. Apresenta uma distancia aproximada de 907 km de São Paulo, 653 km do Rio de Janeiro, 1035 km de Salvador e 429 km de Vitória. A região de Governador Valadares possui uma posição favorável em relação à rede rodoviária que serve ao Estado de Minas Gerais: no sentido norte-sul é atravessada pela BR-116 (Rio-Bahia) que, já dentro dos limites do município, alcança a BR-381, procedente de Belo Horizonte. Atendem ainda à localidade BR-259 e a BR-451. Também recebe a estrada de ferro Vitoria- Minas, da Companhia Vale do Rio Doce.

Fundado em 30 de Janeiro de 1938, a maior parte do seu território situa – se na margem esquerda do Rio Doce. Sua população estimada pelo IBGE em 2014 é de 276.995 habitantes. Possui como grande ponto turístico o Pico da Ibituruna, com 1.123 metros de altitude, de onde pode – se avistar toda região do Vale do Rio Doce e é sede de campeonatos brasileiros e internacionais de vôo livre.

A cidade possui como área total 2.348,1 km², tendo aproximadamente 65.827 domicílios. A taxa de urbanização é de aproximadamente 95%. A taxa de abastecimento de água tratada é de 94,45% e de recolhimento de esgoto por rede publica é de 82,23%.

São cadastrados no SIAB 171.998 habitantes, sendo distribuídos por faixa etária em zona urbana e rural conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1- População área urbana e rural segundo a faixa etária no município de Governador Valadares segundo SIAB de 2014.

Município: Governador Valadares											
Total da População: 171.998 habitantes											
No de Indivíduos	<1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	>60	
Área Urbana	514	6777	4518	7055	13156	14406	50666	20505	16428	20594	
Área Rural	59	684	482	772	1659	1774	4923	2078	1811	3137	
Total	573	7461	5000	7827	14815	16180	55589	22583	18239	23731	

Fonte: SIAB (2014)

Governador Valadares apresenta uma densidade populacional de 112,1 habitantes por km². Uma taxa de escolarização de 81,19% e uma proporção de moradores abaixo da linha da pobreza de 19,64%.

Em relação à saúde do município, o mesmo possui 151 estabelecimentos de saúde, sendo 71 privados e 73 municipais. Os estabelecimentos de saúde possuem 180 leitos para internação.

Existem 2 hospitais especializados sendo ambos privados e 7 gerais, sendo 1 público, 2 filantrópicos e 4 privados.

O município possui 57 ESF's (Estratégias de Saúde da Família) e 8 (oito) equipes de NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), além de outros serviços de atenção a saúde.

A unidade Vila Parque Ibituruna situa – se no bairro Vila Parque Ibituruna, na Rua Serra da Mantiqueira número 196. Conta com uma equipe composta por 1 médica, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 1 dentista, 1 técnica de saúde bucal, 1 auxiliar de dentista, 1 recepcionista, 5 agentes comunitários de saúde e 1 serviços gerais.

De acordo com SIAB (2015), são cadastrados 3083 moradores atendidos por esta equipe, sendo 1392 do sexo masculino e 1691 do sexo feminino, totalizando 998 famílias divididas em 5 micro áreas.

Dentre os usuários cadastrados o nível de alfabetização é de 80%, 37% possuem plano de saúde, 28% recebem o bolsa família e 100% tem acesso a água tratada e tratamento de esgoto pelo SAAE (Serviço Autônomo de Água e Esgoto) de Governador Valadares.

A unidade funciona de segunda a sexta- feira de 07:00 as 17:00 horas.

A comunidade Vila Parque Ibituruna apresenta como um grande problema o controle das doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes, além do uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos. Evidenciou- se que o controle do Diabetes é o problema de maior relevância no momento. De acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), na unidade, 5% dos usuários tem o diagnóstico confirmado de Diabetes, em 2014. Muitos deles não aderem corretamente ao tratamento da doença, ficando expostos a grandes complicações que podem ser agudas, sendo as mais graves, ou crônicas, sendo as mais comuns.

Este problema está inteiramente relacionado aos aspectos biopsicossociais como baixa renda, distúrbios alimentares, influências interpessoais, transtornos psicológicos, nível baixo de instrução e informação, dificultando o entendimento dos pacientes a respeito dos riscos da doença, de suas complicações e de como evitá – la ou controlá –la, além de problemas com a medicação, como as dificuldades no dia – a – dia das pessoas idosas não

alfabetizadas em relação a posologia dos medicamentos e também ao manejo ao aplicar medicamentos injetáveis.

Para agir sobre o problema enfrentado é preciso intervir em suas causas. Pode-se identificar como os nós críticos da não adesão ao tratamento do Diabetes os hábitos e estilo de vida da população, o nível de informação dos usuários, a falta de diagnóstico precoce que auxilia na prevenção de complicações. Este problema está, de forma significativa, ao alcance da atuação da equipe de saúde, essencialmente, na adequação do método de trabalho em busca de atingir nossos objetivos.

2 JUSTIFICATIVA

O tema escolhido “Não adesão dos pacientes ao tratamento do Diabetes Mellitus” foi devido ao índice significativo de pacientes com esta doença e a dificuldade desses a aderirem ao tratamento correto e controle da doença. Esta dificuldade no controle deve ser avaliada mais de perto porque esses pacientes não fazendo controle da doença estão expostos a diversas complicações sendo essas agudas e crônicas.

A equipe da ESF Vila Parque Ibituruna participou da análise dos problemas levantados e considerou que o problema priorizado tem grande importância, tendo recursos para criar um projeto de intervenção, sendo a proposta viável.

3 OBJETIVO

Propor um plano de intervenção para um melhor controle e adesão dos pacientes ao tratamento de Diabetes Melitus na ESF Vila Parque Ibituruna, em Governador Valadares, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Este trabalho é um projeto de intervenção, cujo tema é “Não adesão dos pacientes ao tratamento de Diabetes Mellitus” e foi proposto pela equipe ESF- Vila Parque Ibituruna em Governador Valadares, visando a melhoria do cuidado prestado aos usuários adscritos e acometidos pela doença.

Após realizar a análise situacional e levantar os principais problemas enfrentados, foram planejadas algumas intervenções capazes de proporcionar melhorias no atendimento a pacientes diabéticos, utilizando o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). Foi realizada a identificação dos problemas e dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano e elaboração do plano operativo.

Foram selecionados e analisados textos referentes ao tema e feito pesquisas em sites como Biblioteca virtual em saúde e Scielo, e aplicados como descritores: Diabetes, Saúde da família e Atenção Básica.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Diabetes melito é uma síndrome proveniente de diversas causas, e se caracteriza pela deficiência na produção de insulina e/ou incapacidade da mesma de exercer suas ações no organismo (OMS, 1999).

No Sistema Único de Saúde (SUS), as internações que relatam diabetes melito como diagnóstico principal já representam 6,4 hospitalizações/10.000 habitantes (ROSA et al., 2007). Silvestre (1997) endossa que o diabetes contribui para desenvolvimento de diversas patologias, como hipertensão arterial, acidentes vasculares, cardiopatias entre outras.

Rosa et al. (2007) realizaram uma revisão na literatura nacional acerca das hospitalizações decorrentes do diabetes melito e ao comparar gêneros constataram que a média da idade dos homens internados ($53,2 \pm 0,1$, anos) foi significativamente menor que a das mulheres ($57,3 \pm 0,1$ anos), eles permaneceram mais tempo ($6,7 \pm 0,1$ dias) do que elas ($6,3 \pm 0,1$ dias) e suas internações foram mais dispendiosas (US\$ $155,36 \pm 1,29$) quando comparadas às das mulheres (US\$ $147,67 \pm 0,87$).

No estudo de Lyra et al. (2010), os autores avaliaram a saúde de 198 indivíduos do sertão nordestino e constataram que 13,6% da amostra (27 indivíduos) eram diabéticos, os resultados mostraram que a prevalência de diabetes melito em mulheres da população pesquisada foi significativamente maior, 16,2% contra 8,8% em homens. Fato corroborado por Fidelis et al. (2009) que estudaram a prevalência de diabetes melito em 4161 indivíduos atendidos pelo Programa Saúde da Família e verificaram que a prevalência em homens foi de 3,4% enquanto que nas mulheres foi de 8,0%. Segundo este estudo, as mulheres têm 2,47 vezes mais chances de desenvolver diabetes que os homens.

Recentemente, Schimdt et al. (2009) analisaram dados referentes a 54.369 indivíduos maiores de 18 anos na 27 capitais brasileiras e confirmaram que a prevalência de diabetes nas mulheres brasileiras foi 5,3% maior.

Aro et al. (1995) afirmam que o diabetes pode atingir homens e mulheres de todas as idades, contudo indivíduos com idade mais avançada são mais afetados e tendem a utilizar mais os serviços de saúde. Fato confirmado por Rosa et al. (2007) ao averiguar que em 2000, no Brasil as internações de pessoas em que o motivo principal era diabetes melito era de 17,2/10.000hab na faixa etária de 45-64 anos, ao passo que acima de 65 anos as internações alcançaram 39,5/10.000hab.

Realmente estudos recentes confirmam existir uma associação positiva e significativa de prevalência do diabetes com o aumento da idade. (MALERBI, FRANCO, 1992; TORQUATO et al., 2003; LYRA et al., 2010)

Quanto à escolaridade, no estudo de Lyra et al. (2010) todos os indivíduos diagnosticados com diabetes melito são analfabetos ou possuem apenas o ensino fundamental. Souza et al. (2003) avaliaram 1039 indivíduos e os dividiram segundo o seguinte critério: indivíduos que têm 2º grau completo ou curso superior tinham escolaridade alta, os demais baixa, os resultados mostraram que há uma tendência a um aumento de prevalência de diabetes em indivíduos com baixo grau de instrução.

Os resultados dos estudos supracitados conferem com os encontrados por Miranzi et al. (2008) em que avaliaram a qualidade de vida de 30 diabéticos e na sua amostra 33,3% eram analfabetos e 56,7% tinham o ensino fundamental incompleto.

Segundo o Informe de Atenção Básica (Brasil, 2001) indivíduos com baixa escolaridade tendem a não aderir a tratamentos, provavelmente pela dificuldade na leitura, escrita, fala e na compreensão dos mecanismos e tratamentos da doença, por tal razão é de suma importância a responsabilidade da equipe Saúde da Família em desenvolver atividades educativas.

É importante salientar que embora a população com menor grau de instrução seja mais acometida pelo diabetes a doença independe de escolaridade e atinge pessoas de todos os níveis socioeconômicos (DELAMATER, 2006).

Para Eberly et al. (2003) e Schmidt et al. (2009) fatores como urbanização, obesidade, sedentarismo, crescimento e envelhecimento populacional podem contribuir para a prevalência do diabetes melito.

Realmente, Miranzi et al. (2008) ao avaliar a qualidade de vida de 30 diabéticos constatou que 27,8% de sua amostra era sedentária e 47,2% obesa. Lyra et al. (2010) salienta que a obesidade provavelmente é o fator de risco de maior peso no desenvolvimento de diabetes, ao correlacionar que metade de sua amostra (51,4%) diabética se encontrava com sobrepeso/obesidade.

Mayer-Davis et al. (1998) atenta que independentemente do fator obesidade, um estilo de vida sedentário está relacionado à resistência à insulina em indivíduos não diabéticos.

À vista disso, ressalta-se a importância da equipe da Saúde da Família em desenvolver ações que promovam exercício físico e reeducação alimentar. O PSF é fundamental no sucesso do tratamento do diabetes melito; um estudo realizado por Rodrigues et al. (2009) verificou os conhecimentos e as atitudes de 82 adultos diagnosticados com diabetes melito. Os autores constataram que 78,05% da amostra mostraram conhecimento e compreensão acerca da doença, porém, não foram capazes de modificarem as atitudes para enfrentamento adequado da doença.

Os resultados dos estudos de Rodrigues et al. (2009) mostram a relevância do acompanhamento da equipe do PSF no cuidado ao paciente diabético, seu papel educativo na incorporação do tratamento no dia a dia da população afetada é indispensável na mudança do atual cenário da população brasileira acometida pelo diabetes melito. Ronzani e Silva (2008) asseveram que a maioria da população se sente satisfeita quando são contempladas com o PSF.

Assunção e Ursine (2008) pesquisaram os motivos que levaram 164 diabéticos residentes na cidade de Belo Horizonte (MG) a aderir ao tratamento farmacológico e constataram que “motivação ao tratamento”, “fazer parte de algum grupo de diabéticos” e “orientações recebidas pelo enfermeiro” foram os motivos mais apontados pela amostra.

Em consonância, Koenigsberg, Bartlett e Cramer (2004) afirmam que a motivação é uma das estratégias para melhorar a adesão ao tratamento em pacientes diabéticos juntamente com a prontidão para a modificação do estilo de vida, aceitação da doença e apoio familiar.

Enfim, Paiva, Bersusa e Escuder (2006) atestam a importância do PSF na atenção à saúde da população. Em seu estudo, constataram que na cidade de Francisco Morato (SP) 27% dos usuários do PSF não utilizavam nenhum serviço antes da implementação do mesmo.

Fica evidente o papel do PSF no processo de adesão ao tratamento, já que a equipe atua como agente facilitador e mobilizador através da conscientização, mudança de comportamento e desenvolvimento da capacidade do indivíduo para o autocuidado.

6 PLANO DE AÇÃO

Os problemas identificados na ESF Vila Parque Ibituruna são a dificuldade no controle das doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes e o uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos.

Quadro 1: Classificação de prioridades para os problemas identificados na ESF Vila Parque Ibituruna.

Problemas	Urgência	Importância	Capacidade de enfrentamento da equipe	Seleção
Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica	8	Alta	Parcial	2
Controle da Diabetes	8	Alta	Parcial	1
Uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos	5	Alta	Parcial	3

Fonte: análise situacional do território da equipe

Foi identificado como prioritário a não adesão dos pacientes ao tratamento de Diabetes, sendo detectado como “nós críticos” os hábitos e estilo de vida da população, o nível de informação dos usuários levando ao uso incorreto das medicações e a falta de diagnóstico precoce para evitar assim complicações.

Diante dos problemas citados caracteriza-se como prioridade o nível de informação dos usuários, pois o uso incorreto dos medicamentos levam a sérias complicações agudas. Como segunda prioridade apresenta-se os hábitos e estilo de vida da população pois a alimentação e atividades físicas tem grande influência no sucesso do tratamento da doença. Em terceiro lugar prioriza-se a falta de diagnóstico precoce, sendo necessário a busca ativa e consultas dos pacientes para este diagnóstico. Todos os problemas são de grande importância e a equipe encontra-se parcialmente apta a enfrentá-los.

As operações desenhadas para enfrentar essas causas selecionadas necessitam de recursos para concretizar as operações. Inicialmente citamos os hábitos e estilo de vida da população, incluindo atividades físicas, alimentação, situações de estresse excessivo, tabagismo, etilismo que são de grande importância na intervenção do controle da doença. Em relação ao nível de informação dos usuários, além de citar a falta de informação sobre a doença, seus riscos e suas complicações, deve – se lembrar da falta de alfabetização de alguns pacientes. Não podemos esquecer a importância do diagnóstico precoce da doença, pois dessa forma além de um melhor controle, consegue – se evitar muitos riscos. Para a realização dessas operações são necessários recursos organizacionais, além de equipamentos de informatização, são necessários também um trabalho multidisciplinar, além da interação de diversas áreas, um contato direto entre o médico clínico e o especialista na área. Recursos cognitivos são essenciais para se alcançar a concretização das operações. Estes dados estão expostos no quadro 2.

Quadro 2: Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “Não adesão dos pacientes ao tratamento do Diabetes Mellitus”

Nós críticos	Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilo de vida da população	Grupo Hipertensão	Mudanças de hábitos de vida (alimentação + atividade)	Grupos de atividades físicas; Grupos de tabagismo e	Organizacional: organização dos grupos; Cognitivo:

		física), controle de etilismo e tabagismo	etilismo; Acompanhamento com nutricionista	Orientação aos pacientes
Nível de informação dos usuários levando ao uso incorreto de medicação	Grupo Hiperdia	Aumento da adesão dos pacientes ao tratamento	Grupos organizados para palestras aos pacientes	Organizacional: organização dos grupos; Cognitivo: Orientação aos pacientes; Financeiro: materiais de divulgação;
Falta de diagnóstico precoce evitando complicações	Busca ativa e rastreamento da população	Diagnóstico precoce e melhor controle dos pacientes portadores de DM	Busca ativa e palestras.	Organizacional; Cognitivo; Equipamentos de informatização.

Fonte: análise situacional do território da equipe

Para se obter as mudanças necessárias é preciso ter os recursos citados disponíveis. No caso dos equipamentos de informatização considera – se um recurso crítico, pois apesar do processo de implantação estar em andamento na cidade e em nossa unidade, os usuários ainda não encontram cadastrados em sistema de informação. Essa tecnologia é imprescindível para aproximar a equipe dos dados de cada paciente, confrontando e atualizando as informações.

Quadro 3- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações do problema “Não adesão dos pacientes ao tratamento do Diabetes Mellitus”

Nós críticos/ Projeto	Recursos críticos
Hábitos e estilo de vida da população (Grupo Hiperdia)	Não existe recurso crítico para este projeto
Nível de informação dos usuários levando ao uso incorreto de medicação (Grupo Hiperdia)	Financeiro: materiais de divulgação;
Falta de diagnóstico precoce evitando complicações (Busca ativa e rastreamento da população)	Equipamentos de informatização.

Fonte: análise situacional do território da equipe

Para viabilizar o plano é necessária a integração entre a equipe da unidade, o órgão gestor e os recursos críticos. No caso analisado o recurso crítico é a informatização interligada a rede pública para maior suporte das informações dos atendimentos. Conforme dito anteriormente, esse recurso encontra – se em evolução na cidade, porém ainda indisponível na ESF - Vila Parque Ibituruna.

Para a análise viabilidade do plano foi elaborado o quadro 4:

Quadro 4- Análise de viabilidade do plano do problema “Não adesão dos pacientes ao tratamento do Diabetes Mellitus”

Projeto	Recursos críticos	Atores	Motivação	Ação Estratégica
Melhorar hábitos e estilo de vida da população	Não existe recurso crítico para este projeto	Médica, enfermeira, nutricionista, psicóloga e educador físico do NASF	Favorável	Apresentar o projeto aos atores
Uso correto de medicação e melhor informação dos usuários	Financeiro: materiais de divulgação;	Toda a equipe junto ao NASF	Favorável	Apresentar o projeto aos atores
Diagnóstico precoce e controle da doença	Equipamentos de informatização	Secretaria da Saúde	Favorável (Sistema em implantação)	Apresentar o projeto aos atores

Fonte: análise situacional do território da equipe

Para o plano operativo do projeto de intervenção buscamos além de aprimorar atividades já realizadas na unidade, juntamente com a equipe NASF, como palestras, grupo operativo, mudar também a forma de abordagem do paciente, nos aproximando do seu dia –a –dia e vivenciando os problemas do seu cotidiano. É de suma importância realizar um mutirão para diagnóstico precoce do diabetes, além das metas já descritas anteriormente relacionadas a informatização. Dessa forma, para o sucesso do plano, é vital o alinhamento e integração de toda a equipe.

O exercício físico e uma dieta alimentar direcionada estão como medidas necessárias para o controle da glicemia, paralelamente ao tratamento medicamentoso. Devido a dificuldade de adesão a tratamentos que exige grande mudança de hábitos de vida foram implementadas mudanças no processo de trabalho da equipe, sendo as medidas descritas no Quadro 5:

Quadro 5: Plano operativo do problema “Não adesão dos pacientes ao tratamento do Diabetes Mellitus”

AÇÕES	RESPONSÁVEL	PRAZO CONCLUSÃO	ATÉ
Realizar busca ativa em todo território definido	ACS	2 semanas	
Cadastrar todos casos no grupo HIPERDIA para planejar ações	Toda equipe	1 mês	
Rastrear todos os pacientes, priorizando os com fatores de risco para realizar glicemia de jejum	Toda equipe	3 meses	

Apoio psicológico e social para casos específicos	Psicólogo/ Assistente Social	Imediato
Elaborar material explicativo para os usuários sobre Diabetes	Médica/ Enfermeira	2 meses
Acompanhamento com nutricionista e educador físico	Nutricionista/ Educador Físico	Imediato
Na consulta de enfermagem avaliar fatores de risco, mudanças de estilo de vida, ressaltar tratamento não medicamentoso e encaminhar para consulta médica	Enfermeira	Imediato
Visitas domiciliares	Toda a equipe	1 mês
Na consulta médica, realizar confirmação do diagnóstico, avaliar fatores de risco, solicitar exames complementares, mudança de estilo de vida e tomar decisão terapêutica junto ao paciente	Médica	Imediato
Realizar encaminhamento com demais níveis de	Médica	Imediato

atenção quando necessário, assegurando o retorno desse paciente a unidade de saúde de origem		
Treinamento das ACS e outros integrantes da equipe sobre o tema para atuarem como educadores	Médica/ Enfermeira	4 meses

Fonte: análise situacional do território da equipe

Quadro 6- Planilha para acompanhamento das operações/projetos

Projeto: Melhorar hábitos e estilo de vida da população que possui diagnóstico de Diabetes					
Coordenação: Médica, Nutricionista e Educadora física					
Produto	Responsável	Prazo	Situação	Justificativa	Novo Prazo
Grupo de atividade física	Educadora Física	1 mês	Iniciado	-	-
Grupo de etilismo e tabagismo	Médica, Enfermeira e Dentista	2 meses	Iniciado	-	-

Grupo Nutricional	Nutricionista	1 mês	Iniciado	-	-
Projeto: Uso correto de medicação e melhor informação aos usuários					
Coordenação: Médica e Enfermeira					
Grupos organizados para palestras aos pacientes	Toda a equipe	1 mês	Iniciado	-	-
Material explicativo	Médica e enfermeira	2 meses	Não iniciado	Falta de disponibilização de panfletos informativos	3 meses
Treinamento da equipe sobre o tema	Médica e enfermeira	4 meses	Não iniciado	Projeto ainda em discussão com a equipe	1 mês
Projeto: Diagnóstico precoce e controle da doença					
Coordenação: Médica e Enfermeira					
Busca ativa	ACS	2 semanas	Não iniciado	Falta de ACS deixando 1 micro área descoberta e as demais ACS com aumento de demanda	2 meses

Rastreamento dos pacientes	Toda a equipe	3 meses	Iniciado	-	-
Cadastro no grupo Hiperdia	Toda a equipe	1 mês	Iniciado	-	-
Apoio psicológico e social	Psicóloga e Assistente Social	Imediato	Iniciado	-	

Fonte: análise situacional do território da equipe

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O controle do Diabetes Mellitus é um desafio para as equipes de Saúde da Família. Sua realização é essencial para promover qualidade de vida aos portadores desta doença, assim também prevenindo suas complicações sejam elas agudas ou crônicas. Esta proposta permite o melhor acompanhamento desses indivíduos, gerando benefícios para a comunidade. Apesar dos resultados não serem imediatos, esses serão de forma permanente.

São vários fatores relacionados à falta de controle do Diabetes, podendo citar a falta de informação dos pacientes dificultando uso correto das medicações, dificuldade de mudanças no estilo de vida e resistência dos pacientes a procurar atendimento médico dificultando o diagnóstico precoce.

Espera-se que com a implementação do projeto tenhamos um maior controle do Diabetes Mellitus, prevenindo os portadores de suas complicações. O diagnóstico precoce da doença, as mudanças de hábitos e estilos de vida, adesão a atividade física e dieta alimentar, além do controle do tabagismo e etilismo proporcionam uma maior qualidade de vida a esses pacientes. O contato mais próximo com esses usuários promovem um aumento a adesão deles a consultas, grupos operativos e ao tratamento.

Sendo assim, a equipe de saúde da família é essencial para promover a educação em saúde, a prevenção e cura dos pacientes, visando não apenas o doente mas sua vida e de sua família. Dessa forma, agindo sobre os nós críticos estabelecidos.

8 REFERÊNCIAS

ARO, S.; KOIVISTO, V. A.; REUNANEN, A.; SALINTO, M.; KANGAS, T. Influence of morbidity and health care structure on hospitalization among adult diabetic patients.

Diabetic Medicine, v. 13, n. 4, p. 376-81, 1995. Disponível em:

<[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1096-9136\(199604\)13:4%3C376::AID-DIA70%3E3.0.CO;2-2/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1096-9136(199604)13:4%3C376::AID-DIA70%3E3.0.CO;2-2/pdf)> Acesso em: 02/10/15

ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudo dos fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 2189-2197, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a24.pdf>> Acesso em: 29/11/15

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Elaboração do plano de ação. In: CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CHAPADEIRO, C. A.; ANDRADE, H. Y. S. O.; ARAUJO, M. R. N. **A família como foco da Atenção Básica a Saúde Belo Horizonte**: NESCON/ UFMG, 2012.

DELAMATER, A. M. Improving patient adherence. **Clinical Diabetes**, v. 24, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://clinical.diabetesjournals.org/content/24/2/71.full.pdf+html>> Acesso em: 02/10/15

EBERLY, L.E.; COHEN, J. D.; PRINEAS, R.; YANG, L. Impact of incident diabetes and incident nonfatal cardiovascular disease on 18-year mortality: the multiple risk factor intervention trial research group. **Diabetes Care**, v. 26, n. 3, p. 848-54, 2003. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/27/5/1047.full>> Acesso em: 02/10/15

FIDELIS, L. C.; MOREIRA, O. C.; TEODORO, B. G.; OLIVEIRA, C. E. P. Prevalência de diabetes melítus no município de Teixeira-MG. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/750/759>> Acesso em: 02/10/15

HELMRICH, S. P.; RAGLAND, D. R.; LEUNG, R. W.; PAFFENBARGER JR., R. S. Physical activity and reduced occurrence of non-insulin-dependent diabetes mellitus. **The New England Journal of Medicine**, v. 325, n. 3, 1991. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199107183250302>> Acesso em: 02/10/15

INFORME DE ATENÇÃO BÁSICA. **Coordenação de Investigação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde**. Ministério da Saúde: Brasília, 2001.

KING, H.; AUBERT, R.E.; HERMAN, W.H. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. **Diabetes Care**, v.21, n. 9, p. 1414-31, 1998. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/21/9/1414.full.pdf+html>> Acesso em: 02/10/15

KOENIGSBERG, M. R.; BARTLETT, D.; CRAMER, S. Facilitating treatment adherence with lifestyle changes in diabetes. **American Family Physician**, v. 69, n. 2, p. 309-16, 2004. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2004/0115/p309.html>>

LYRA, R.; SILVA, R. S.; MONTENEGRO JR., R. M.; MATOS, M. V. C.; CÉZAR, N. J. B.; MAURÍCIO-DA-SILVA, L. Prevalência de diabetes melito e fatores associados em população urbana adulta de baixa escolaridade e renda do sertão nordestino brasileiro. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 54, n. 6, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v54n6/09.pdf>> Acesso em: 02/10/15

MALERBI, D. A.; FRANCO, L. J. 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, n. 11, p. 1509-16, 1992. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/15/11/1509.full.pdf+html>> Acesso em: 02/10/15

MAYER-DAVIS, E. J.; D'AGOSTINO JR, R.; KARTNER, A. J.; HAFFNER, S. M.; REWERS, M. J.; SAAD, M.; BERGMAN, R. N. Intesity and amount of physical activity in relation to insulin sensitivy. **The Journal of the American Medical Association**, v. 279, n. 9, 1998. Disponível em:<<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1107991>> Acesso em: 02/10/15

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 16, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF> Acesso em: 02/10/15

MIRANZI, S. S. C.; FERREIRA, F. S.; IWAMOTO, H. H.; PEREIRA, G. A.; MIRANZI, M. A. S. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 672-9, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07.pdf>> Acesso em: 02/10/15

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications**. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus, 1999. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66040/1/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf> Acesso em: 02/10/15

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo programa saúde da família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 377-385, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n2/15.pdf>>

RODRIGUES, F. F. L.; ZANETTI, M. L.; SANTOS, M. A.; MARTINS, T. A.; SOUSA, V. D.; TEIXEIRA, C. R. S. Conhecimento e atitudes: componentes para a educação em diabetes. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 17, n. 4, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_06.pdf> Acesso em: 02/10/15

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O programa saúde da família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/06.pdf>>

ROSA, R. S.; SCHMIDT, M. I. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999-2001. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 17, n. 2, p. 123-53, 2008. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v17n2/v17n2a09.pdf>> Acesso em: 02/10/15

ROSA, R. S.; SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SOUZA, M. F. M.; LIMA, A. K.; MOURA, L. Internações por diabetes mellitus como diagnóstico principal na rede pública do Brasil, 1999-2001. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 4, p. 465-78, 2007. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/61874/000621972.pdf?sequence=1>> Acesso em: 02/10/15

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; HOFFMANN, J. F.; MOURA, L.; MALTA, D. C.; CARVALHO, R. M. S. V. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, n. 43, p. 74-82, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao801.pdf>> Acesso em: 02/10/15

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE GOVERNADOR VALADARES, **Consolidação das famílias cadastradas no ano de 2014 - PSF Vila Parque Ibituruna, SIAB, Governador Valadares, 2014.**

SILVESTRE, J. Hospitalizações SUS 1997. **Coordenadoria da Atenção à Saúde do Idoso**. Ministério da Saúde; 1997.

SOUZA, L. J.; CHALITA, F. E. B.; REIS, A. F. F.; TEIXEIRA, C. L.; GICOVATE NETO, C.; BASTOS, D. A.; FILHO, J. T. D. S.; SOUZA, T. F.; CÔRTEZ, V. A. Prevalência de diabetes mellitus e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 47, n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v47n1/a11v47n1.pdf>> Acesso em: 02/10/15

TORQUATO, M. T. C. G.; MONTENEGRO JR., R. M.; VIANA, L. A. L.; SOUZA, R. A. H. G.; LANNA, C. M. M.; LUCAS, J. C. B.; BIDURIN, C.; FOSS, M. C. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. **São Paulo Medical Journal**, v. 121, n. 6, p. 224-230, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spmj/v121n6/20416.pdf>> Acesso em: 02/10/15