

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

GUILHERME FERNANDES MIRANDA JUNIOR

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR A INCIDÊNCIA DE
DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CANAÃ III,
UBERLÂNDIA- MINAS GERAIS**

UBERABA-MINAS GERAIS

2018

GUILHERME FERNANDES MIRANDA JUNIOR

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR A INCIDÊNCIA DE
DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CANAÃ III,
UBERLÂNDIA- MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão no Cuidado na Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa.Dra. Marília Rezende da Silveira

UBERABA-MINAS GERAIS

2018

GUILHERME FERNANDES MIRANDA JUNIOR

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR A INCIDÊNCIA DE
DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CANAÃ III,
UBERLÂNDIA- MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Marília Rezende da Silveira- orientadora

Profa. Dra. Maria Rizeide Negreiros de Araújo-UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em:07/06/2018

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus pais, irmãos, minha esposa e toda a minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Sou grato a minha equipe de saúde pelos momentos de descontração, lealdade e amizade.

Agradeço a todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desta especialização.

AGRADECIMENTOS

Gratifico a Deus pelo socorro nos momentos de angústia, súplica e por nunca ter me abandonado nos momentos que mais precisei.

Agradeço a toda a minha equipe da Unidade Básica de Saúde do CANAÃ III por tudo que ela tem me proporcionado. Obrigado pela sinceridade, pelo trabalho em equipe, pelo respeito, lealdade, generosidade, empatia, transparência, pois foram fatores essenciais para uma conduta ética e vencedora. Sou grato pelas experiências e pelo acolhimento.

Agradeço também aos pacientes, pelos elogios e reconhecimento do trabalho que realizamos.

RESUMO

O Diabetes Mellitus é uma doença crônica de acometimento em nível mundial. A má alimentação, o sedentarismo, a obesidade e a falta de exercícios físicos são os principais fatores de risco. O presente estudo objetivou elaborar um plano de intervenção com vistas a propor ações educativas direcionadas ao tratamento e prevenção do diabetes mellitus na Unidade Básica de Saúde CANAÃ III, Uberlândia, Minas Gerais. Para o desenvolvimento do plano de intervenção, foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional, fundamentado por uma revisão bibliográfica sobre Diabetes Mellitus, a partir de fontes indexadas nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO além de documentos do Ministério da Saúde, com os descritores: Diabetes Mellitus, Educação em Saúde, Atenção Primária à Saúde. Verificou-se na literatura, que o Diabetes Mellitus acarreta inúmeras consequências entre elas, podemos citar: cardiopatias, nefropatias, amputações e cegueiras, que exigem dos profissionais de saúde uma atenção especial tanto no tratamento, quanto na prevenção e promoção da saúde. Nesse sentido, é importante pontuar que ações de educação em saúde são indispensáveis para apoiar o controle e tratamento do paciente com diabetes. Para, além disso, sabe-se que a melhoria do atendimento contribui para a população diabética assumir o seu autocuidado. Assim, espera-se que nas reuniões e atividades desenvolvidas os pacientes estejam ativos e os relatórios mostrem melhoria no estado de saúde e no atendimento dos mesmos. Por meio desta proposta de intervenção, busca-se um enfrentamento da situação existente, com consequente diminuição da prevalência de Diabetes e suas complicações.

Palavras Chave: Diabetes Mellitus. Educação em Saúde. Atenção Primária.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a chronic disease of worldwide involvement. Poor diet, physical inactivity, obesity and lack of physical exercise are the main risk factors. The present study aimed to elaborate an intervention plan with the purpose of proposing educational actions directed to the treatment and prevention of diabetes mellitus in the Basic Health Unit CANAÃ III, Uberlândia, Minas Gerais. For the development of the intervention plan, the Situational Strategic Planning method was used, based on a bibliographical review on Diabetes Mellitus, from sources indexed in the databases Virtual Health Library, SciELO, LILACS and documents from the Ministry of Health, with the descriptors: Diabetes Mellitus, Health Education, Primary Health Care. It has been verified in the literature that Diabetes Mellitus entails countless consequences among them: heart diseases, nephropathies, amputations and blindness, which require health professionals special attention both in the treatment and in the prevention and promotion of health. In this sense, it is important to point out that health education actions are indispensable to support the control and treatment of patients with diabetes. In addition, it is known that the improvement of care contributes to the diabetic population assumes its self-care. Thus, it is expected that in the meetings and activities developed the patients are active and the reports show improvement in the state of health and care. Through this intervention proposal, a search of the existing situation is sought, with a consequent decrease in the prevalence of Diabetes and its complications.

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

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCV	Doença cardiovascular
DM	Diabete Mellitus
HAB	Habitante
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
KM	Quilômetro
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SciELO	Scientific Electronic Library Online
UBS	Unidade Básica de Saúde
UMC	Uberlândia Medical Center

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1- Prioridade dos problemas identificados na população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Canaã III, do município de Uberlândia, estado de Minas Gerais.....14
- Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Canaã III, do município de Uberlândia, estado de Minas Gerais.....24
- Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Canaã III, do município de Uberlândia, estado de Minas Gerais.....25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Breves informações sobre o município Uberlândia – MG	11
1.2 O sistema municipal de saúde.....	12
1.3 A Unidade Básica de Saúde Canaã III, seu território e sua população.	12
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	13
1.4 Priorização dos problemas	13
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	17
3.1 Geral.....	17
3.2 Específicos.....	17
4 METODOLOGIA.....	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
5.1 Estratégia de Saúde da Família	19
5.2 Atenção Primária	19
5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	20
5.4 Diabetes Mellitus.....	21
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	22
6.1 Descrição do problema selecionado.....	22
6.2 Explicação do problema selecionado.....	22
6.5 Seleção dos nós críticos.....	23
6.6 Desenho das operações	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	267
REFERÊNCIAS	270

1INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é um dos grandes problemas de saúde pública com complicações cardiovasculares e cerebrovasculares, alto índice de mortalidade, invalidez e aposentadoria prematura. A enfermidade, de difícil controle, possui vários determinantes dentre os quais a má alimentação, o sedentarismo, a obesidade e a falta de exercícios físicos, desigualdades sociais, dificuldades de acesso aos bens e aos serviços dentre outros.

Na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS), CANAÃ III, Uberlândia, Minas Gerais foi identificado um alto número de usuários portadores dessa doença com dificuldade no controle para os integrantes da equipe da UBS os quais priorizaram atuar nos aspectos fundamentais no que se refere à educação e orientação dos pacientes com vista ao controle e prevenção da doença.

1.1 Breves informações sobre o município Uberlândia – MG

Conforme IBGE (2018), Uberlândia possuiu população estimada em 2017 de 676.613 pessoas. A densidade demográfica é de 146,78 hab/km. Em relação ao contingente populacional o maior grupo se encontra entre 20 a 24 anos. Sobre a religião, conforme senso de 2010, a mais prevalente a Católica Apostólica Romana. Em 2015, o salário médio mensal era de 2,7 salários mínimos. A proporção entre pessoas ocupadas em relação à população total era de 37,2%. 27,2% da população têm rendimento mensal de até meio salário mínimo por pessoa em cada domicílio. O PIB *per capita* é de 44.612,40.

O processo de formação do município de Uberlândia remete à ocupação e colonização do Brasil. Do atual Estado de São Paulo, partiram as maiores e mais organizadas expedições com a finalidade de explorar o interior. A Fazenda São Francisco foi sede da Sesmaria de João Pereira da Rocha, o primeiro entrante a fixar residência nesta região. A cidade de Uberlândia se formou em terras desmembradas desta família. Uberlândia é uma cidade que, como muitas, nasceu no entorno de uma capela. Desta forma, construída em adobe e barro nas suas formas mais simples em termos arquitetônicos, ela foi idealizada em 1846. O Arraial recebeu então o nome de Nossa Senhora do Carmo. As raízes da cidade estão em um bairro conhecido hoje por Fundinho. As pequenas e tortuosas ruas que entrecortavam o município se formaram ladeadas

pela sequência de casas, quintais e antigos muros que emprestaram à geografia urbana o seu sentido (UBERLÂNDIA, 2018).

Ainda consoante ao IBGE (2018), em 2015, alunos dos primeiros anos da rede pública obtiveram nota 6 no IDEB. Para os alunos dos anos finais a nota foi 4,5. A taxa de escolarização de 6 a 14 anos é altíssima (98%). A taxa de mortalidade infantil é de 10,03 para 1000 nascidos vivos. As internações por diarreia correspondem a 0,4 para cada 1000 habitantes. Possui 98,2% dos domicílios contendo esgotamento sanitário adequado. 95,2% dos domicílios urbanos em vias públicas com urbanização, isto é, há adequação de bueiros, calçadas, meio fio e pavimentação.

1.2 O sistema municipal de saúde

A estrutura do sistema de saúde é composta na atenção primária pelas unidades básicas de saúde representadas pela Unidade Básica de Saúde modelo tradicional e pelas as das Estratégias de Saúde da Família (ESF). A atenção especializada é composta pelas clínicas, consultórios e hospitais públicos, filantrópicos e privados que oferecem atenção especializada como as seguintes unidades: Hospital das Clínicas de Uberlândia, Hospital e Maternidade Municipal de Uberlândia, Hospital e Maternidade Madrecor, Hospital do Câncer em Uberlândia, Hospital Santa Genoveva, Hospital Santa Catarina, UMC - Uberlândia Medical Center, Hospital Santa Clara. A atenção de urgência e emergência é estabelecida, principalmente, pelo Corpo de Bombeiros e SAMU. O apoio diagnóstico é realizado por algumas clínicas como a Nossa Clínica Uberlândia, IME Clínica Cidadã - Unidade I, Clínica de Uberlândia, GOU Clínicas Uberlândia. Na assistência farmacêutica têm-se as farmácia básica e as privadas. Há vigilância sanitária na cidade. A cidade recebe pacientes de municípios vizinhos e as contrarreferências. O modelo de atenção é baseado no indivíduo, sua família e seu meio.

1.3 A Unidade Básica de Saúde Canaã III, seu território e sua população.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Canaã III foi inaugurada em 2014 e se localiza próximo ao Centro. Ela é pequena, uma casa alugada, que foi reformada para atender as necessidades da comunidade. Conta com dois consultórios, uma sala de espera e dois banheiros, além da cozinha. A recepção não tem capacidade para receber muitas pessoas, assim, de manhã, maior horário de atendimentos, tentamos nos adequar para recebermos todos de forma digna e humanizada. Apesar da simplicidade, os pacientes gostam da unidade, na medida em que a

enxergam como um local acessível de saúde. A equipe tenta realizar um trabalho que vise uma mudança de hábitos de vida, educação em saúde e que proporcione um maior conhecimento sobre as doenças.

O funcionamento da unidade é de segunda a sexta, das 7 às 17 horas. A equipe tem bom relacionamento o que facilita a dinâmica das atividades. Além disso, nos programamos na quinta para realizarmos nossa reunião, a fim de que coloquemos em pauta o que foi realizado na semana e discutamos também sobre as atividades que serão realizadas na próxima semana.

Como o que acontece na maioria das Unidades, nosso tempo está voltado para as consultas agendadas por horários pré-agendados e também para a demanda espontânea. Ademais, também desenvolvemos grupos operativos, palestras, abordagens individuais e aconselhamentos.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A definição do diagnóstico situacional da área de abrangência foi realizada a partir do método de estimativa rápida, que permitiu obter informações sobre a área estudada, com a participação da população e da equipe de saúde, em um curto período de tempo e sem altos gastos. As fontes dessas informações foram registros da unidade e da secretaria de saúde, entrevistas, relato de moradores da comunidade e observação ativa da área. A partir daí os problemas de saúde foram levantados e priorizados. Sendo assim, por ordem decrescente de prevalência, alcançaram-se os seguintes problemas na comunidade:

Alta prevalência de diabetes.
Grande número de hipertensos
Poli farmácia do idoso
Oferta reduzida de exames laboratoriais e ultrassonografia
Falta de reuniões e grupos operativos para hipertensos e diabéticos.

1.5 Priorização dos problemas

Quadro 1 -Prioridade dos problemas identificados na população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Canaã III, do município de Uberlândia, estado de Minas Gerais.

Principais problemas	Importância	Urgência (0-10)	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de diabetes.	Alta	10	Total	1
Grande número de hipertensos	Alta	10	Total	2
Polifarmácia do idoso	Alta	8	Total	3
Oferta reduzida de exames laboratoriais e ultrassonografia	Média	6	Mínima	4
Falta de reuniões e grupos operativos para hipertensos e diabéticos.	Média	5	Total	6

Fonte: (CANAÃ III, 2018)

*Alta, média ou baixa

**Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30.

***Total, parcial ou fora

A alta prevalência de Diabetes Mellitus (DM) se deve as características da população. Nesse grupo, identificam-se, principalmente, homens a partir dos 45 anos, que, devido às atividades exercidas durante o dia, nunca se ateve sobre a necessidade da realização de atividades físicas. Ademais, a cultura também é outro fator, já que, na maioria dos casos os pacientes relatam não ter o costume de comer verduras e frutas só consumiam através de sucos que habitualmente eram trocados por refrigerantes. Ademais, a circunferência abdominal também evidencia os hábitos de vida. Todos estão acima do limite, o que reforça a necessidade de ações educativas para essa população.

O grande número de hipertensos é situação que, normalmente, se estabelece com o DM tipo 2 (a mais prevalente na comunidade), uma vez que os fatores de risco, são na maioria, os mesmos. Assim, os pacientes consomem muitos carboidratos durante o dia, abusam do sal, gorduras saturadas, como o pão com manteiga e na carne frita do almoço o que contribui para o quadro.

A polifarmácia do idoso é tema de grande discussão na unidade. A maior atenção aos idosos é na não prescrição de medicamentos iatrogênicos como os benzodiazepínicos,

haloperidol, cinarizina, dentre outros. Nas consultas, revisa-se sobre todas as medicações, verifica-se como está sendo a tomada das medicações, se estão sentindo efeitos colaterais. O que sempre se realiza também a aferição da pressão arterial em posição ortostática, em decúbito e no paciente sentado a fim de se verificar hipotensão ortostática grande causa de queda no idoso.

A oferta reduzida de exames laboratoriais e ultrassonografia é algo que foge dos domínios da unidade. O que se tenta realizar é uma melhor gestão dos recursos a fim de que se reduzam os prejuízos para a população. A maior preocupação é com as grávidas de situação carente que chegam com relatos de dor abdominal e outros sintomas, sugestivos de infecção urinária, em que se tem a necessidade de avaliar o feto e o exame não pode ser feito devido falta de recursos da unidade e da paciente.

A falta de reuniões e grupos operativos para hipertensos e diabéticos é um problema. Os grupos existem, mas a unidade está sempre atarefada com os atendimentos na unidade e visitas domiciliares. Sabemos que é necessário um melhor planejamento de nossas ações para que as atividades de promoção à saúde e as preventivas não fiquem em segundo plano.

2 JUSTIFICATIVA

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2016) traz que o Diabetes Mellitus não se configura como uma única doença, mas como grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos em que ocorre hiperglicemia, devido defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou nesses dois fatores. As estimativas sobre o DM são alarmantes, em 2014, existiam 11,9 milhões de pessoas, na faixa etária de 20 a 79 anos, com diabetes no Brasil, podendo alcançar 19,2 milhões em 2035.

A elaboração de uma proposta de Intervenção com vistas à implementação de ações educativas direcionadas a pessoas portadoras de Diabetes Mellitus justifica-se pela relevância, gravidade e urgência da problemática na área. Na UBS Canaã III essa morbidade, na área de abrangência, foi discutida e priorizada durante reuniões da equipe, a fim de buscar soluções para o enfrentamento.

A elaboração de uma proposta de Intervenção com vistas à implementação de ações educativas direcionadas a pessoas portadoras de Diabetes Mellitus justifica-se pela alta prevalência dessa doença na área de abrangência da UBS. Ademais, o descontrole da glicemia se revela como importante fator de risco para o aumento do risco cardiovascular, neuropatias, amaurose e dificuldade de cicatrização característicos dessa doença e que também se nota na comunidade.

Além disso, a equipe de saúde da UBS necessita trabalhar com diagnóstico e tratamento precoce. A população também precisa entender a importância do tratamento não medicamentoso. Os grupos operativos existem, mas não há muitos pacientes ativos, menos da metade participa. Isso demonstra que não boa adesão ao tratamento e que a UBS está sendo falha com a comunidade. A partir do projeto de intervenção, deseja-se fazer intervenções para a comunidade e equipe a fim de solucionar esse problema de caráter urgente.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um plano de intervenção com vistas a propor ações educativas direcionadas ao tratamento e prevenção do Diabetes Mellitus, na Unidade Básica de Saúde, CANAÃ III, Uberlândia, Minas Gerais.

3.2 Específicos

Implementar ações educativas direcionadas a mudanças do estilo de vida.

Estimular os pacientes a desenvolverem estratégias de autocuidado.

Oferecer atendimento multiprofissional.

Realizar grupos operativos interativos com pacientes diabéticos esclarecendo sobre os cuidados necessários com sua doença

Capacitar a equipe para a realização de atendimento integral.

4 METODOLOGIA

Para realizar o projeto de intervenção, três etapas aconteceram: diagnóstico situacional com reconhecimento do território estudado, identificação dos principais problemas na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde, CANAÃ III, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção.

O Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) possibilitou a identificação e a priorização do problema alvo (Diabetes Mellitus) que será objeto da intervenção, sua descrição, explicação e a identificação dos nós críticos e contou com a colaboração da equipe de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Sendo assim, a proposta de intervenção permitiu a organização do projeto, definindo-se os fatores responsáveis pelo problema, os resultados e produtos esperados, metas e atores que controlam os recursos indispensáveis para a realização do projeto.

Para subsidiar a construção da proposta de intervenção, foram utilizados trabalhos científicos publicados entre os anos de 2004 e 2016 e encontrados em bases de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO, dentre outros. Essa revisão de literatura permitiu a percepção dessa doença no Brasil, o papel da atenção primária como promotora da saúde.

Os artigos foram selecionados conforme sua relevância e coerência com o tema proposto. Outros dados importantes utilizados foram os disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde do município, dados do Ministério da Saúde e arquivos da UBS local. A pesquisa bibliográfica foi feita por meio dos seguintes descritores:

Diabetes Mellitus.

Educação em Saúde.

Atenção Primária em Saúde

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia de Saúde da Família

Giroto; Andrade e Cabrera (2010) consideram que o trabalho da ESF no controle de doenças crônicas não é voltado apenas para a definição do tratamento. Deve ser um trabalho articulado entre todos os membros, mantendo a integralidade e o trabalho continuado, ofertando, sempre que possível, ações em educação para a saúde

Paiva; Bersusa; Escuder (2006) refletem que a ESF foi criada com intuito de reorganizar a atenção em saúde. Assim, ela substituiu prática assistencial que vinha acontecendo, deixando de ter um predomínio curativo, mas investindo em domínios preventivos, por meio de ações básicas como grupos operativos, palestras e visitas domiciliares.

Barroset *al.* (2006) discutem que há desafios no controle clínico da DM. Desse modo, reforçam a necessidade das ações da ESF na resolução dessa problemática. O regime medicamentoso é um grande impasse, o que é negativo para o paciente, pois afeta a evolução clínica do paciente e a sua qualidade de vida, isto é, estabelece um mau prognóstico.

Na UBS Canaã III o papel da equipe com o paciente é de grande responsabilidade, isto é, sabemos que é nossa função diagnosticar, tratar, ofertar atendimento contínuo e integral. Quando diagnosticamos o portador de DM, também temos problemas na instituição do tratamento, sobretudo, em pacientes insulíndependentes e quando se propõe a mudança no estilo de vida. Esse é um ponto crucial, já que ele determinará o prognóstico do paciente, isto é, o aparecimento de sequelas e limitações geradas pela doença.

5.2 Atenção Primária

Conforme Araújo *et al* (2016) as doenças crônicas são um problema de nível nacional. A atenção primária deve se responsabilizar por sua população adscrita. Desse modo, o controle dos fatores de risco é o primeiro passo para a mudança desse cenário. Assim, a educação em saúde feita pela unidade é fundamental. Os grupos operativos, visitas domiciliares e atendimentos devem ser encarados como uma oportunidade para a realização de medidas preventivas e de promoção da saúde.

Moreira (2010) discute que a atenção primária tem a responsabilidade de desvendar a realidade local, a fim de possibilitar e aperfeiçoar ações factíveis na comunidade. Deve reforçar

também as relações na micropolítica do trabalho, com a promoção da saúde e prevenção de agravos. Isso contribui para a qualificação da assistência de forma singular e está ligada à integralidade do cuidado.

Paiva; Bersusa; Escuder (2006) definem que a atenção primária tem suas ações voltadas para a promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco. Isso permite a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos diabéticos.

A atenção primária é a forma mais próxima de acesso à saúde pela comunidade. Ela está embasada em princípios normatizados na constituição brasileira. Entende-se que o resguardo de seus princípios é uma forma de manter ativa a sua missão. Na UBS Canaã III, busca-se levar saúde para todos, ser agente de mudanças na comunidade, realizar diagnóstico precoce e ações educativas em saúde, além de identificar os principais problemas da população. Trabalha-se para isso, apesar de que, nem sempre, essa ser nossa realidade.

5.3 Diabetes Mellitus e suas implicações

Piuger e Abreu (2007) enfatizam que doenças crônicas incuráveis e permanentes exigem que o paciente dê um novo significado à vida. Essa pessoa deve ser resiliente para se adaptar às limitações, frustrações e perdas decorrentes da doença.

Dentre essas doenças crônicas, Miranzi, *et al.* (2008) elencaram a hipertensão arterial e o DM como as mais comuns. O tratamento e o controle exigem alterações de comportamento sobre a dieta, consumo de medicamentos e a mudança do estilo de vida. Isso compromete a vida do paciente. Portanto, deve haver melhor orientação quanto ao tratamento e reconhecimento das complicações.

Os diabéticos da comunidade comumente possuem também HAS. Sobre os pacientes, os mais acometidos são homens, a partir de 45 anos, que fazem dieta hipocalórica e hipossódica. Eles não são adeptos a mudança de estilo de vida. Sendo assim, não se espera muito tempo para iniciar o tratamento medicamentoso. Os grupos operativos existem, mas falta consciência acerca da necessidade do cuidado. Aborda-se sempre esse tema, principalmente os fatores de risco e as formas de prevenção. As sequelas são inevitáveis e aparecem com o tempo.

Schaan; Harzheim e Gus (2004) definem que o DM tipo 2 associa-se a fatores de risco cardiovasculares, incluindo hipertensão arterial sistêmica, obesidade, resistência à insulina, microalbuminúria e anormalidades nos lipídios e lipoproteínas plasmáticas. Pode haver também elevação de triglicérides e redução de colesterol contido na lipoproteína de alta densidade.

5.4 Diabetes Mellitus

Silva, Simões e Leite (2007) consideram que as doenças cardiovasculares em pacientes com DM 2 relacionam com 80% dos óbitos. O risco de morte por DCV em portadores de DM é três vezes maior do que para a população em geral. O risco de mortalidade por DCV em pacientes com DM 2 e os indivíduos não-diabéticos que já sofreram infarto de miocárdio é igual.

Medina, *et al.* (2010) ratificam que a atividade física constitui a prática central da mudança do estilo de vida. Todos os pacientes com diagnóstico de DM devem fazer atividade de alto gasto calórico, como caminhada por mais de 40 minutos diariamente. Essas atividades contribuem na redução do perfil lipídico e aumento de massa magra.

Pace *et al.* (2006) estabelecem que o atendimento do portador de DM fornece informação oportuna, apoio e monitoramento. Isso pode melhorar a adesão ao tratamento do portador de DM. Essa estratégia reduz as consequências dessa condição crônica e proporciona melhor qualidade de vida. Não obstante, essa realidade só é possível quando a atenção primária de fato se responsabiliza por seus clientes, buscando realizar ações educativas.

Rodrigues *et al.* (2012) compreendem que o profissional de saúde deve reconhecer as atitudes do paciente quanto ao tratamento, já que elas não são estáveis e muito menos cristalizadas. Desse modo, ressalta-se a busca da atenção integral, efetiva e resolutiva. A atitude pode ser ensinada e apreendida pela equipe de saúde e comunidade respectivamente. Ademais, recebe influência de componentes cognitivos, motivacionais e emocionais.

Assim, o DM representa um grande problema na comunidade. A partir da análise dos artigos, percebe-se a importância do manejo inicial. Saber conversar com o paciente, ter uma abordagem humanizada e dinâmica favorece o tratamento medicamentoso e a mudança dos hábitos bastante preconizada. A prevenção de sequelas se faz a partir desse contato inicial, informando ao paciente, a importância dos atendimentos, dos exames, de manter dieta rica em fibras e pobre em carboidratos simples, perder peso. Tudo isso é importante na atenção a esse paciente.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Percebemos em nossa Unidade, a necessidade de mudar conceitos relacionados ao Diabetes. Sabe-se que a Atenção Primária tem papel fundamental no que diz respeito aos indicadores de saúde de sua Comunidade. Sendo assim, a atenção primária tem função de realizar o tratamento do doente de forma integrada, respeitando seu nível de escolaridade, suas crenças e costumes. Assim, no que tange as doenças crônicas no Brasil, a APS deve se organizar para que essa realidade seja contemplada.

Para isso, a APS pode lançar mão de práticas simples, mas que gerem resultados satisfatórios. Os grupos operativos, as visitas domiciliares e os atendimentos são os meios de chegar ao doente, de entender suas necessidades e solucionar suas dúvidas. Assim, muito mais do que conhecimento, esse processo exige calma, paciência e disposição. Desse modo, a proposta de intervenção gira em torno dessa pragmática. É necessário atender o paciente de forma continuada, efetiva, isso é, é preciso melhorar a relação médico-paciente e entender que as mudanças partem daí.

6.1 Descrição do problema selecionado

A UBS Canaã III atende 284 diabéticos. A maioria dos diabéticos é constituída de pessoas idosas. Muitos possuem sequelas decorrentes da doença, como Insuficiência Renal Aguda, Cegueira, Pé diabético, feridas que não cicatrizam. Isso gera um impacto não apenas na vida do doente, mas também na equipe e na família. É frequente a ocorrência de Depressão, principalmente nas mulheres diabéticas. Nas crianças e adolescentes, ocorre, principalmente, a Diabetes tipo I. Há uma maior dificuldade de controle do quadro, devido o metabolismo instável. Ademais, a família normalmente se torna mais colaborativa quando há uma criança na família com este problema. Deste modo, eles se tornam mais facilmente adeptos à dieta controlada e tem maior rigor sobre a medicação do paciente.

6.2 Explicação do problema selecionado

O Diabetes é problema prevalente na UBS Canaã III. Como fator de risco lista-se vários: os pacientes normalmente são sobrepesos, tem maior dificuldade em perder peso, manter dieta saudável, evitar açúcar e realizar exercícios, na medida em que não possuem o hábito de realizar tais tarefas. Observa-se também, em relação aos pacientes que chegam até nós, que estes hábitos

se estendem a toda família. Muitos queixam não ter tempo para realizarem atividades físicas, outros, de não possuírem renda para manter dieta saudável, pois o consumo de industrializados torna o orçamento familiar viável. Além disso, não correm o risco de perder alimentos e terem prejuízos econômicos.

Ademais, percebe-se que a equipe também não está preparada para modificar esse quadro. As ações realizadas não estão sendo aderidas pelos pacientes o que nos reflete a pensar sobre a necessidade de diferentes abordagens.

6.3 Seleção dos nós críticos

Após o levantamento dos dados, notamos dois fatores responsáveis pelo Diabetes na Comunidade:

- Falta de capacitação da equipe para realizar ações de promoção à saúde
- Maus hábitos alimentares e sedentarismo dos portadores de DM

6.4 Desenho das operações

O desenho das operações é um passo que permite uma melhor visualização do projeto. Assim, nossa equipe, a partir do levantamento de dados, definiu como principal problemada Comunidade o alto índice de Diabetes.

Quadro 2- Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Canaã III, do município de Uberlândia, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Falta de capacitação da equipe para realizar ações de promoção à saúde
Operação	Mais conhecimento
Projeto	A equipe deve ser atendida pela administração local. Desse modo, ela deve ser capacitada com relação ao principal problema de saúde a população: DM. Desse modo, o conhecimento sobre os fatores de risco, formas de prevenção e continuidade do tratamento não medicamentoso seria de um aspecto positivo para a equipe de saúde.
Resultados esperados	Aumento no número de grupos operativos, levantamento de discussões em equipe sobre DM, atualização sobre a DM. Além disso, maior desenvolvimento da equipe nas ações de saúde.
Produtos esperados	Profissionais mais envolvidos com o processo de trabalho. Programações educativas da saúde.

Recursos necessários	<p>Organizacional: Equipe e administração</p> <p>Cognitivo: material dinâmico e adequado com a escolaridade dos membros.</p> <p>Político: Envolvimento do Município.</p> <p>Financeiros: Compra de cartilhas, Diretriz da Sociedade Brasileira de DM.</p>
Recursos críticos	Financeiros: Compra de cartilhas, Diretriz da Sociedade Brasileira de DM.
Controle dos recursos críticos	Administração Municipal
Ações estratégicas	Apresentar o Projeto
Prazo	Até julho de 2018
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Pessoas encarregadas pela administração, como o secretário de saúde.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	O monitoramento pode ser realizado através de relatórios contendo as programações educativas voltadas para a equipe durante a semana. Pode-se também realizar avaliações para os membros e entrevistar os membros da equipe a fim de que relatem sobre a efetividade do projeto.

Quadro 3 -Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Canaã III, do município de Uberlândia, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Maus hábitos alimentares e sedentarismo dos portadores de DM
Operação	Reeducar
Projeto	Os membros da equipe de saúde deverão realizar ações educativas com os portadores de DM. Desse modo, deverão informar sobre os fatores de risco da dieta hipercalórica e do baixo consumo de frutas, verduras, carnes magras e da não realização de atividades físicas.
Resultados esperados	Maior controle do DM e adesão a mudança de estilo de vida, com maior consumo de frutas e verduras e realização de atividades semanais por pelo menos 3 vezes.
Produtos esperados	Realização de grupos de caminhada, relatos sobre experiências positivas com alimentação saudável, como regulação do trânsito intestinal, perda de peso, redução de medidas.
Recursos necessários	<p>Organizacional: Equipe e Comunidade</p> <p>Cognitivo: linguagem adequada tendo em vista escolaridade.</p>

	<p>Político: Envolvimento do Município.</p> <p>Financeiros: Datashow, cartilhas, folhas e canetas</p>
Recursos críticos	Financeiros: Datashow, cartilhas, folhas e canetas
Controle dos recursos críticos	Administração do Município
Ações estratégicas	Apresentar o projeto, demonstrando a importância dessas ações na mudança de estilo de vida do paciente.
Prazo	Até julho de 2018
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Administração do município, comunidade e equipe de saúde.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	As ações podem ser monitoradas a partir de relatórios que são feitos no final de todos os grupos operativos. Além disso, os prontuários dos pacientes podem ser consultados em que se avaliará as metas glicêmicas e a hemoglobina glicosilada.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o diagnóstico situacional da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde, Canaã III é percebida que o Diabetes Mellitus é considerado um dos principais problemas de saúde que afeta grande parte da população. Por esse motivo, torna-se necessário que a atenção básica volte seus trabalhos para auxiliar o indivíduo com diabetes a fazer mudanças em seus hábitos de vida, através da conscientização da população sobre a promoção da saúde, hábitos alimentares adequados, vida ativa favorecendo a redução dos níveis glicêmicos.

Contudo, a equipe de saúde, diante de um problema, deve identificar os fatores que o causam e agir em cima deles, isto é, promover ações para solucionar ou minimizar a questão. Infere-se que o nível econômico da população é causa para a não adesão do tratamento medicamentoso. Há solução para o problema e ela pode ser proposta quando se pretende trabalhar em equipe. Não há nada impossível na atenção primária, precisa-se aprender a trabalhar com o que tem ser criativo e buscar novas estratégias para enfrentar os impasses diários. A capacitação da equipe de saúde também é fundamental neste trabalho, já que ela reflete na saúde da população. Uma equipe bem informada consegue agir e definir papéis para as intervenções que se deseja fazer na população.

Dessa forma, espera-se que a implantação do plano de intervenção proposto para a organização do processo de trabalho na assistência voltada para o paciente portador de diabetes seja a mudança que se deseja ver na população e equipe. O estabelecimento de metas, funções e objetivos é importante para que a equipe de saúde oriente suas ações e se perceba como agente positiva na prevenção e controle do Diabetes Mellitus na UBS Canaã III.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO F. N. F., *et al.* Flávia Nunes Ferreira de Araújo .A efetividade das ações de controle da Hipertensão Arterial na Atenção Primária de Saúde. **Revista Pesquisa Saúde**, v. 17, n. 2, p. 80-86, mai-ago, 2016.

BARROS, A. C. M.; et al. Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 1, p. 54-62, 2008.

CAMPOS, C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; Coopmed, 2010.

GIROTTO, E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A. S. Análise de três fontes de informação da atenção básica para o monitoramento da hipertensão arterial. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.19, n.2,p. 133-141, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE**. Disponível em ><https://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=317020>>Acesso em: 22. fev. 2018.

MEDINA, F. L.*et al.* Atividade física: impacto sobre a pressão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.17, n. 2, p. 103-106, 2010.

MIRANZI, S. S. C.; *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n. 4, p. 672-679, 2008.

PACE, A. E. *et al.* O conhecimento sobre Diabetes Mellitus no processo de autocuidado. **Rev Latino-amEnferm**. v. 14 n. 5, 2006.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, fev. 2006.

PIUGER, C.; ABREU, I. S. Diabetes Mellitusna infância: repercussões no cotidiano da criança e de sua família. **CogitareEnferm**.v.12, n. 4, p. 494-501, 2007.

RODRIGUES, F. F. L.*et al.* Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm**. V. 25, n. 2, p. 284-90, 2012.

SCHAAN, B. D.; HARZHEIM, E.; GUS, I. Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada. **Revista de Saúde Pública**. v. 38, n.4, p. 529-36,2004.

SILVA, R. C. P.; SIMÕES, M. J. S.; LEITE, A. A. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos com diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v. 28, n.1, p.113-121, 2007.

UBERLÂNDIA. **Prefeitura Municipal de Uberlândia**. 2018. Disponível em: > <http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=Conteudo&id=111>.>Acesso em: 22. fev. 2018.