

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

JAQUELINE APARECIDA DA SILVA RODRIGUES

**DIFICULDADE DOS PACIENTES DIABÉTICOS EM ADERIR AO
TRATAMENTO NA UBS JURANDYR LEITÃO**

Belo Horizonte - MG

2015

JAQUELINE APARECIDA DA SILVA RODRIGUES

**DIFICULDADE DOS PACIENTES DIABÉTICOS EM ADERIR AO
TRATAMENTO NA UBS JURANDYR LEITÃO**

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

Orientador: Prof. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

Belo Horizonte - MG

2015

JAQUELINE APARECIDA DA SILVA RODRIGUES

**DIFICULDADE DOS PACIENTES DIABÉTICOS EM ADERIR AO
TRATAMENTO NA UBS JURANDYR LEITÃO**

Banca examinadora

Prof. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira - Orientador

Prof^a. Eulita Maria Barcelos - Examinador

Aprovado em Belo Horizonte, em ____/____/_____.

DEDICATÓRIA

Dedico essa vitória aos meus pais Geraldino e Vaneide, meu esposo Odair, meus filhos Ana Lívia e Lucas que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu conquistasse mais essa vitória.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades. Aos meus pais pelo apoio, meu marido pela compreensão e a meus filhos pelo amor !

RESUMO

O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. Diante do exposto a equipe deve estar preparada para atender o paciente, pois a mesma possui um papel de educador, devendo promover ações voltadas para melhoria da qualidade de vida do paciente e também realizar a promoção da saúde, visando prevenir as complicações causadas pelo Diabetes Mellitus. Este trabalho foi realizado na área de abrangência da equipe da UBS Jurandyr Leitão, no município de Pará de Minas-MG. Seu objetivo foi elaborar um plano de intervenção baseado no Planejamento Estratégico Situacional (PES) de autoria Campos; Faria e Santos, (2010), com vistas à conscientização do paciente diabético sobre a doença.

Palavras-Chave: Diabetes Mellitus. Promoção da Saúde. Qualidade de Vida

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is configured today as a worldwide epidemic, translating into major challenge for health systems worldwide. The aging population, increasing urbanization and the adoption of unhealthy lifestyles such as physical inactivity, poor diet and obesity are largely responsible for the increased incidence and prevalence of diabetes worldwide. In this light the team must be prepared to meet the patient, because it has a role as an educator, should promote actions to improve the patient's quality of life and also conduct health promotion in order to prevent complications caused by diabetes mellitus. This work was conducted in the area of coverage of the UBS Jurandyr Piglet team, Para municipality of Minas Gerais, with the goal of developing an action plan aimed at diabetic patient awareness of the disease.

Keywords: Diabetes Mellitus. Health Promotion. Quality of Life.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

COPASA - COMPANHIA DE SANEAMENTO DE MINAS GERAIS

DM - DIABETES MELLITUS

ESF - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

ETEs - ESTAÇÃO DE TRATAMENTO DE ESGOTO

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

IDEB - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA

MG - MINAS GERAIS

NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

SCIELO - SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE

SIAB - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

SBD - SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES

UBS - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Priorização dos problemas na da Unidade Básica de Saúde Jurandyr Leitão, em Pará de Minas, MG	22
Quadro 2 – Desenho de operações para os “nós críticos” do problema Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Jurandyr Leitão, em Pará de Minas, MG.	23
Quadro 3 – Operação sobre o “Projeto Alimentação Saudável” relacionado ao problema “Dificuldade do paciente seguir a dieta”, na população sob-responsabilidade da Unidated Básica de Saúde Jurandyr Leitão, em Pará de Minas, MG.....	24
Quadro 4 – Operação sobre o Projeto “Eu posso ser saudável” relacionado ao problema “Sedentarismo”, na população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Jurandyr Leitão, em Pará de Minas MG,	25
Quadro 5 – Operação sobre o “Projeto Saber +” relacionado ao problema “Pouco conhecimento sobre a doença”, na população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Jurandyr Leitão, em Pará de Minas, MG.....	26

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	JUSTIFICATIVA.....	14
3	OBJETIVOS	15
4	METODOLOGIA	16
5	REVISÃO DE LITERATURA	17
	5.1 Os benefícios das atividades físicas	18
	5.2 Conservação e transporte de insulina	19
	5.3 Cuidados gerais para aplicação de insulina	20
	5.4 Principais problemas na adesão ao tratamento.....	20
	5.5 O papel da educação	21
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	22
	6.1 Definição do problema	22
	6.2 Priorização do problema	22
	6.3 Descrição do problema	23
	6.4 Explicação do problema	23
	6.5 Seleção dos nós críticos	23
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
	REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

Pará de Minas é um município brasileiro no estado de Minas Gerais, Região sudeste do país. Está localizada na região centro-oeste mineira, situada em local estratégico, acessada por duas rodovias federais que convergem diretamente para a cidade BR- 262 e BR- 352 e também pelas rodovias estaduais – MG – 431 e MG – 060. Dista da capital em apenas 70 km.

A área do município, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 551,247 km², sendo que 9,9387 km² constituem a zona urbana e os 541,308 km² restantes constituem a zona rural..

Em 2010, a população do município era de 84 215 habitantes. Segundo o censo daquele ano, 41 639 habitantes eram homens e 42 576 habitantes mulheres. Ainda segundo o mesmo censo, 79 599 habitantes viviam na zona urbana e 4 616 na zona rural. Já segundo estatísticas divulgadas em 2013, a população municipal era de 89 418 habitantes, sendo o 37º município mais populoso do estado (IBGE, 2009).

O serviço de coleta de esgoto da Copasa atende a mais de 89,96% da população e os dejetos coletados pela companhia eram encaminhados à estação de tratamento, inaugurada em 2007, sendo então lançados no Ribeirão Paciência. Nos distritos do município e nos povoados de Trindade, Matinha, Caetano Preto, Córrego das Pedras e Meireles o tratamento dos despejos é realizado pela prefeitura em ETEs menores (IBGE, 2009).

No setor econômico, o município se destaca no segmento da produção agropecuária e agronegócios, exercendo grande influência na economia local. O setor primário se sobressai pela significativa produção de aves e suínos e pela produção de leite e seus derivados. A cidade é produtora de hortifrutigranjeiros, com destaque para a produção de tomate, pimentão e abóbora. No setor industrial, destacamos a mineração (agalmatólito), siderurgia (ferro-gusa fundições), indústrias têxteis, laticínios, cerâmicas, dentre outras. Pará de Minas apresenta crescimento populacional ordenado, com crescimento de 2007 a 2010 acima de 4%. Este desenvolvimento se verifica pela enorme procura pela cidade, uma vez que a mesma possui grande quantidade de emprego, muitas escolas e uma grande infraestrutura da saúde. Suas grandes indústrias e a proximidade com Belo Horizonte faz com que Pará de Minas se destaque em crescimento demográfico e IDH. A cidade atingiu no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – IDEB

2011 para os anos iniciais a média 6.4, índice maior que as médias de Minas Gerais (6.0) e nacional (5.0) (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

O Conselho Municipal de Saúde foi criado pela Lei Nº 2.707, de 15 de outubro de 1990, constituído por 20 (vinte) representantes efetivos, com os respectivos suplentes. Sua composição é paritária sendo 10 (dez) representantes dos usuários, 05 (cinco) representantes dos trabalhadores da saúde, 03 (três) representantes da gestão e 02 (dois) representantes dos prestadores de serviços. O Programa Saúde da Família atende há 64% da população de Pará de Minas. Os habitantes que não tem cobertura pelo PSF são atendidos pela Policlínica e pelo Pronto atendimento (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2013).

O Diabetes Mellitus é um importante problema de saúde pública, suas complicações levam o indivíduo à invalidez precoce, e diminuem a qualidade de vida e sobrevida dos doentes, aumentando o custo do tratamento devido ao aumento no número de internações (GIL, G. P.; HADDAD, M. C. L.; GUARIENTE, M. H. D. M; 2008 *apud* DUNCAN, 2004).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD (2003) as complicações crônicas da doença incluem a nefropatia, insuficiência renal, a retinopatia, com a possibilidade de cegueira e/ou neuropatia, com risco de aparecimento de úlceras nos pés, amputações, artropatia de Charcot e manifestações de disfunção autonômica, incluindo disfunção sexual.

No Brasil o Diabetes é responsável pela primeira causa de morte e de hospitalizações, sendo também a causa mais comum de amputação de membros inferiores, cegueira irreversível e doença renal crônica terminais (BRASIL, 2006).

O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. (BRASIL, 2006 p. 09).

O projeto de intervenção está sendo realizado na ESF Jurandyr Leitão – Alto dos Santos Dumont em Pará de Minas – MG. A ESF acompanha 158 pacientes diabéticos, sendo que 02 estão na faixa etária de 0 a 14 anos e 156 na faixa etária

de mais de 15 anos. As principais dificuldades dos pacientes com relação à doença são sedentarismo, dificuldade em seguir a dieta, dificuldade em seguir as orientações repassadas pela equipe.

Este estudo pretende elaborar um plano de intervenção com vistas à conscientização do paciente diabético sobre a doença, desenvolvendo grupos em Educação em saúde, ressaltando que o DM não tem cura, mas que se controlado através da alimentação adequada, práticas de atividades físicas regulares e uso correto da medicação o paciente terá uma melhor qualidade de vida.

2 JUSTIFICATIVA

Um fato preocupante para a equipe de saúde é o alto índice de pacientes diabéticos que apresentam dificuldade em aderir à dieta prescrita e muitas vezes os níveis glicêmicos permanecem altos possibilitando o aparecimento de outras comorbidades ligadas a patologia como retinopatia, insuficiência renal, pé diabético e outras.

Apesar de diagnóstico simples e tratamento de fácil alcance, a adesão ao tratamento é insatisfatória e permanece como um desafio aos serviços de saúde e políticas públicas. Está diretamente relacionada à aceitação, a falta de informação, identificação aos fatores de risco e motivação com relação ao desenvolvimento do autocuidado e de hábitos de vida saudável.

A partir do exposto percebe-se a necessidade de preparar a equipe uma vez que a mesma possui um papel de educador, devendo promover ações voltadas para melhoria da qualidade de vida do paciente e também realizar a promoção da saúde, visando prevenir as complicações causadas pelo Diabetes Mellitus.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Elaborar um plano de intervenção com vistas à conscientização do paciente diabético sobre a doença.

3.2 Objetivos específicos:

- Identificar qual a dificuldade do paciente em seguir a dieta;
- Mostrar os benefícios da atividade física;
- Definir quais são as dúvidas em relação à doença.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma proposta de intervenção, tendo como foco a dificuldade dos pacientes diabéticos em aderir ao tratamento na UBS Jurandyr Leitão no Município de Pará de Minas-MG. Os dados do Diagnóstico Situacional foram obtidos utilizando o método da estimativa rápida com a participação da equipe. Após a priorização do problema foi realizada uma revisão de literatura base Scientific Electronic Library (SciELO), Biblioteca Virtual do Nescon (Cadernos de Atenção Básica, nº 16), IBGE, dados pesquisados no SIAB da própria UBS, além de outros sítios eletrônicos relacionados com o Ministério da Saúde.

Inicialmente foi realizada a leitura do material encontrado para identificar a pertinência ao objeto de estudo, depois uma leitura criteriosa selecionando as citações que atende ao propósito do trabalho sendo elaborada a revisão da literatura. Foram selecionados artigos de 2008 a 2014.

O projeto de intervenção foi elaborado com base no Método de Planejamento Estratégico Situacional, segundo os autores Campos, Faria, Santos, (2010) autores do Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde.

Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: diabetes mellitus, promoção da saúde, qualidade de vida.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Na atualidade, o Diabetes Mellitus (DM) é considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública, tanto pelo número de pessoas afetadas, pelas incapacitações e mortalidade prematura que pode acarretar, quanto pelos custos envolvidos no controle e tratamento das suas complicações. No Brasil há mais de 5 milhões de pessoas com diabetes, que só serão identificadas quando aparecerem complicações (BRASIL, 2007).

O Diabetes Mellitus é uma síndrome de etiologia múltipla decorrente da falta de insulina e/ou da capacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos, se caracteriza por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas, sendo as suas consequências, em longo prazo, a disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. (BRASIL, 2001).

O Diabetes Mellitus é uma doença incurável, mas quando bem controlado permite vida longa e saudável sem perda da qualidade de vida. Para que isso ocorra é necessário que paciente e familiar aprendam a conviver com a doença, respeitando as restrições e mudanças nos hábitos e estilo de vida. Cabe à equipe de saúde fornecer as orientações, ensino e suporte ao paciente e à família, os quais devem estar aptos a reconhecer e tratar todas as complicações agudas e crônicas do diabetes. As principais complicações agudas do Diabetes Mellitus consistem em hipoglicemia, cetoacidose diabética e coma hiperosmolar e dentre as complicações crônicas, as principais são as microvasculares, macrovasculares e neuropáticas. (PEDROSO; OLIVEIRA, 2007).

Em relação aos tipos de Diabetes Mellitus, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) inclui quatro classes clínicas: DM Tipo 1, DM Tipo 2, outros tipos específicos de Diabetes Mellitus e Diabetes Gestacional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD, 2007).

De acordo com Smeltzer e Bare (2002) o Diabetes Tipo 1 tem início em qualquer idade, mas usualmente em menores de 30 anos e consiste na destruição das células beta pancreáticas que secretam a insulina, sendo que as pessoas acometidas por este tipo de diabetes produzem pouca ou nenhuma insulina, necessitando do hormônio para preservar a vida.

O tratamento do Diabetes Tipo 1 consiste em dieta adequada e prática de exercícios físicos, mais a aplicação diária de insulina uma vez que o organismo não produz mais o referido hormônio. A quantidade de insulina necessária dependerá do nível de glicose no sangue (ou nível glicêmico), devendo ser prescrita pelo médico. (BRASIL, 2001).

O Diabetes Tipo 2 é o mais comum entre as pessoas, caracterizando-se pela deficiência relativa de insulina e com rara ocorrência de cetoacidose, geralmente ocorre após os 40 anos, sendo desconhecido pelos portadores (ALMEIDA *et al.*, 2007). As causas do Diabetes tipo 2 estão associadas ao sedentarismo, hipertensão arterial e dislipidemia (SMELTZER ; BARE; 2002).

O objetivo do tratamento do Diabetes Mellitus é normalizar os níveis de glicose para evitar certos problemas, como as complicações vasculares e neuropáticas (SMELTZER ; BARE, 2002).

A incapacidade física, no diabético, decorre do desenvolvimento de lesões crônicas nos vasos sanguíneos e nervos, afetando principalmente rins, retina, artérias, cérebro e nervos periféricos. Além disso, a pessoa diabética está sujeita a complicações de natureza aguda caracterizadas por crises de hipo ou hiperglicemia (SOUZA, 1997). Segundo o mesmo autor o paciente diabético com incapacidade física pode enfrentar dificuldades financeiras para aquisição de alimentos e medicamentos para tratamento da doença, o que leva o paciente a não aderir ao tratamento e conseqüentemente agravar o quadro da doença.

5.1 Os benefícios das atividades físicas

A realização de atividades físicas, dieta balanceada e assistência médica, reduz as complicações do diabetes e melhora a qualidade de vida do paciente. (COSTA *et al.*, 2011 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006; MOLENA *et al.*, 2005; MERCURY, 2005).

Segundo o Caderno de Atenção Básica:

A prática regular de atividade física é indicada a todos os pacientes com diabetes, pois, melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a promover o emagrecimento nos pacientes obesos, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida. Assim, a promoção da atividade física é considerada prioritária. (BRASIL,2006 p. 23).

Os benefícios dos exercícios físicos em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 são: melhoria no controle glicêmico, redução da hemoglobina glicada, reduzir risco cardiovascular, redução de peso e melhorar a auto-estima do paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2007), o plano alimentar deve ser individualizado, sendo que o primeiro passo para sua indicação é realizar uma avaliação criteriosa, determinando o IMC, circunferência abdominal e perfil metabólico do paciente.

A dieta para pacientes diabéticos deve conter alto teor de fibras e redução no consumo de gorduras, contribuindo para controle glicêmico, perda de peso e melhoria do perfil lipídico. (COSTA *et al.*, 2011 *apud* HU *et al.*, 2001 e FRANZ *et al.*, 2002).

Os pacientes devem fazer seis refeições diárias, sendo três principais e três lanches. Deve-se incentivar o paciente a consumir alimentos grelhados, assados, cozidos ou crus, nunca deve-se indicar o uso de alimentos diet e light exclusivamente. O profissional observar o ponto de vista financeiro do paciente e suas preferências alimentares para o sucesso no tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

5.2 Conservação e transporte de insulinas

Para Almeida *et al.* (2006), a insulina é um hormônio necessário ao metabolismo normal de carboidratos, proteínas e gorduras.

Atualmente, existem três **tipos principais de insulina** disponíveis no mercado brasileiro, são caracterizadas quanto ao seu **tempo de ação, início, pico e duração em horas**. Além destas, encontramos também no mercado as insulinas pré-misturadas em várias combinações como por exemplo, 70% de NPH e 30% de Rápida (SOUZA; ZANETTI, 2000 *apud* VAISMAN; TENDRICH, 1994. p. 265).

A insulina deve ser conservada de maneira adequada, para garantir que suas propriedades farmacológicas sejam preservadas. Deve-se instruir os pacientes a nunca congelar frascos de insulina (temperatura abaixo de 2º), a evitar expor os frascos à luz do sol, para evitar degradação da insulina, evitar deixar os frascos em locais muito quentes, armazenar os frascos em geladeiras, na porta ou parte inferior. A insulina em uso poderá ser mantida em temperatura ambiente (15°C a 30°C), por

até 30 dias. Recomenda-se deixar o frasco no lugar mais fresco da casa, por exemplo, perto do filtro de água. No caso de viagens transportar a insulina em bolsa térmica ou caixa de isopor, não sendo necessário a colocação de gelo. Se o paciente não tiver bolsa térmica ou caixa de isopor a insulina poderá ser transportada na própria bolsa. Deve-se evitar exposição dos frascos ao calor excessivo (acima de 40°C), não expor a insulina ao sol, diretamente (BRASIL, 2006).

5.3 Cuidados gerais para aplicação de insulina

De acordo com Souza; Zanetti (2000), o paciente ou aplicador deve inspecionar o frasco antes de cada uso e observar se há sinais de aquecimento, congelamento, precipitação, mudança na cor que podem significar diminuição do efeito da insulina. As insulinas de ação rápida devem estar claras, límpidas e outras insulinas NPH, ultra-lentas, devem estar uniformemente brancas. Caso haja presença de grânulos e/ou mudança na cor, suspender o uso do frasco.

Para Brasil (2001), os locais para aplicação de insulina são: braços, coxas, região abdominal e região glútea. A aplicação deve seguir rigorosa padronização, observando-se atentamente cada etapa para que erros técnicos, com consequente prejuízo no controle do paciente, sejam evitados.

5.4 Principais problemas na adesão ao tratamento

A adesão ao autocuidado requer uma mudança no estilo de vida do paciente, devendo o mesmo fazer uso correto da medicação, seguir a dieta proposta pelo profissional, realizar atividade física diariamente e aderir a hábitos saudáveis. (BOAS, et al., 2011).

Os cinco fatores principais que podem influenciar na adesão ao autocuidado nos pacientes crônicos são: características pessoais; condição socioeconômica e cultural; e aspectos relacionados ao tratamento, à doença, ao sistema de saúde e à equipe profissional (OMS, 2003).

Para que a adesão do diabético ao programa alimentar proposto seja satisfatória, é importante considerar seu estilo de vida, rotina de trabalho, nível socioeconômico, tipo de diabetes, medicação prescrita e hábitos alimentares anteriores ao DM. A adaptação da dieta aos hábitos alimentares preexistentes, sempre que possível, é a melhor conduta, pois, além do indivíduo, a família ficará mais integrada ao tratamento. Do ponto de vista econômico, o uso de alimentos já rotineiros e que sejam adequados oferece maior flexibilidade na escolha e impede a substituição por outros, às vezes

impróprios e mais caros (ASSUNCAO, T. S; URSINE, P. G. S. *apud* SEYFFARTH, LIMA, LEITE, 1999 p.2195).

Para a adesão ao tratamento, além das consultas regulares com o médico e/ou enfermeira, é essencial a participação do portador de Diabetes Mellitus em grupos terapêuticos. A participação em grupos de reflexão com seus conjugues, familiares e profissionais de saúde auxiliam na maneira de enfrentar essa condição e ajuda na manutenção da qualidade de vida (SOUZA *et al.*, 1997 *apud* TRENTINI, BELTRAME, 2004).

5.5 O papel da educação

Os profissionais de saúde devem envolver a pessoa com diabetes mellitus em todas as fases do processo educacional para assumir a responsabilidade do papel terapêutico, dominando conhecimentos e desenvolvendo habilidades que favoreçam o autocuidado. Para tanto, o diabético precisa ter clareza acerca daquilo que necessita, valoriza e deseja obter em sua vida (ROCHA, ZANETTI, SANTOS, 2009).

Durante os encontros poderão ser usados vários materiais para envolver o paciente e fazer com que sua participação se torne ativa, tais como: folders, cartilhas, apresentação de aulas didáticas, troca de experiências (LEITE *et al.*, 2008).

De acordo com Leite *et al.* (2008) *apud* Rickheim (2002):

A educação realizada de maneira individual (por intermédio de consultas com nutricionistas, enfermeiras ou outros educadores) comparada à educação em grupos de pacientes, utilizando-se a mesma metodologia, foi equivalente na melhora do controle metabólico, visto que o aprendizado em grupo apresentou melhor relação custo-benefício (LEITE *et al.*, 2008 *apud* RICKHEIM, 2002).

Segundo Smeltzer e Bare (2005), os grupos de apoio propiciam uma oportunidade para a discussão das estratégias para lidar com o diabetes e seu tratamento, oferecendo informações para os diabéticos e familiares sobre a doença e seu controle, promovendo o auto cuidado e melhorando a adesão ao tratamento.

Contudo, cabe à equipe fornecer aos usuários todas as informações referentes à doença, realizar as visitas e orientá-lo nas diversas situações que a doença pode causar (OLIVEIRA, ZANETTI, 2011).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

O diagnóstico situacional é apenas o primeiro passo para um processo que busca construir um plano de ação para intervenção de um problema selecionado” (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010, p.58). Para dar início a este processo, foi realizado o Diagnóstico Situacional da área de abrangência da UBS, que após identificar os principais problemas enfrentados pela equipe, foi definido o principal problema a ser trabalhado.

6.1 Definição do problema

Segundo o Sistema de Informação de atenção Básica (SIAB) a UBS Jurandyr Leitão possui 3.449 pessoas cadastradas, sendo que 1.697 são do sexo masculino e 1.752 são do sexo feminino. A ESF possui 158 pacientes diabéticos, sendo que dois estão na faixa etária de 0 a 14 anos e 156 na faixa etária de mais de 15 anos. Por esse motivo definiu-se “A dificuldade dos pacientes diabéticos em aderir ao tratamento” como o problema número 01(um), a ser enfrentado pela equipe. Para descrever o problema priorizado, foram utilizados dados do SIAB e dados que foram produzidos pela própria equipe.

6.2 Priorização do problema

O problema priorizado foi escolhido após construção de uma planilha que define a prioridade do problema, sua urgência, capacidade de resolução da equipe e seleção.

Quadro1- Priorização dos problemas na Unidade Básica de Saúde Jurandyr Leitão, em Pará de Minas, MG, 2014.

PROBLEMA	PRIORIDADE	URGÊNCIA	CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO	SELEÇÃO
Diabetes Mellitus	Alta	8	Parcial	1
Hipertensão Arterial	Alta	7	Parcial	1
Gravidez na adolescência	Alta	7	Parcial	1
Violência	Alta	5	Fora	3

Fonte: autoria própria (2014).

6.3 Descrição do problema

A UBS possui um número elevado de pacientes diabéticos, um percentual de 26,18 % da população coberta pela UBS. Como não há um acompanhamento eficaz destes pacientes e como os pacientes tem dificuldades em aderir ao tratamento, há uma grande procura na demanda espontânea por pacientes diabéticos, sobrecarregando o trabalho da equipe.

6.4 Explicação do Problema

O principal problema da equipe UBS Jurandyr Leitão é a dificuldade do paciente diabético em aderir ao tratamento. A causa da não adesão é o pouco conhecimento a respeito da doença, sedentarismo e dificuldade em seguir a dieta. Estas causas estão relacionadas a hábitos e estilos de vida e ainda ao baixo nível de informação que é repassada aos pacientes. Estes fatores se relacionam com aumento da glicose, obesidade e dislipidemia, eles aumentam o risco de complicações tais como nefropatia, insuficiência renal, retinopatia, aparecimento de úlceras, artropatia de Charcot, disfunção sexual, tendo como consequência a invalidez precoce, cegueira, amputações, aumento no número de internações e diminuição na qualidade de vida e sobrevida dos pacientes.

6.5 Seleção dos nós críticos

Após identificação dos “Nós críticos”, realizou-se o desenho das operações e criação dos projetos.

Quadro 2 - Desenho de operações para os “nós críticos” do problema Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Jurandyr Leitão, em Pará de Minas, MG.

Nós críticos	Operação	Projeto
Dificuldade do paciente seguir a dieta	Alimentação Saudável / População mais informada e interessada na própria saúde.	Projeto Alimentação Saudável
Sedentarismo	Aumento do nível de informação dos diabéticos sobre a prática regular de atividade física.	Eu posso ser saudável

Pouco conhecimento sobre a doença	Informação para o paciente e ACS sobre a doença e suas complicações.	Saber +
-----------------------------------	--	---------

Fonte: própria autora (2014).

O “Projeto Alimentação Saudável” tem como objetivo incentivar o paciente a controlar sua alimentação e consequentemente reduzir os níveis de glicose.

Quadro 3 – Operação sobre o “Projeto Alimentação Saudável” relacionado ao problema “Dificuldade do paciente seguir a dieta”, na população sob-responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Jurandyr Leitão, em Pará de Minas, MG.

Nó crítico 1	Dificuldade do paciente seguir a dieta
Operação	Alimentação Saudável / População mais informada e interessada na própria saúde.
Projeto	<i>Projeto Alimentação Saudável</i> Incentivar o controle alimentar para reduzir os níveis de glicose. Capacitar a equipe.
Resultados esperados	População mais informada e interessada na própria saúde. Equipe com mais conhecimento na abordagem do paciente.
Produtos esperados	Aquisição de novos hábitos alimentares. População mais informada, consciente, responsável e comprometida com o tratamento. Equipe capacitada.
Atores sociais/ responsabilidades	Enfermeiro, médico da ESF, ACS
Recursos necessários	<i>Organizacional:</i> equipe multiprofissional, parceria com NASF, recursos didáticos. <i>Cognitivo:</i> mais informação sobre o tema. <i>Financeiro:</i> Aquisição de material didático, panfletos, cartilhas educativas. <i>Político:</i> Aprovação e apoio do projeto pela Coordenação e Secretaria de Saúde.
Recursos críticos	<i>Financeiro:</i> Aquisição de material didático, panfletos,

	cartilhas educativas.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: enfermeiro e médico Motivação: favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto à Secretaria de Saúde e Coordenador da Atenção Básica para aquisição dos materiais.
Responsáveis:	Enfermeira e médico da unidade de saúde.
Cronograma / Prazo	6 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	O acompanhamento e avaliação ocorre paralelamente com a implantação do projeto e as implementações serão quando surgirem necessidade.

Fonte: própria autora (2014).

O objetivo do “Projeto Eu posso ser saudável” é diminuir o sedentarismo e aumentar a adesão dos diabéticos nas atividades físicas realizadas na unidade.

Quadro 4 – Operação sobre o Projeto “Eu posso ser saudável” relacionado ao problema “Sedentarismo”, na população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Jurandyr Leitão, em Pará de Minas MG.

Nó crítico 2	Sedentarismo
Operação	Aumento do nível de informação dos diabéticos sobre a prática regular de atividade física.
Projeto	<i>Eu posso ser saudável</i> Diminuir sedentarismo, Aumentar adesão dos diabéticos nas atividades físicas realizadas na ESF.
Resultados esperados	Diminuição do sedentarismo. Aumento adesão dos diabéticos nas atividades físicas realizadas na ESF.
Produtos esperados	Pacientes informados sobre a importância da prática regular de atividade física; Palestras informativas; Equipe capacitada.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe da ESF.
Recursos necessários	<i>Organizacional:</i> apoio NASF, sala para realização das palestras, organização da agenda, cartazes, panfletos, folders. <i>Cognitivo:</i> mais informação sobre o tema, linguagem

	<p>simples para compreensão do público.</p> <p>Político: aprovação do projeto e envolvimento da equipe de saúde para mobilização dos pacientes.</p> <p>Financeiro: aquisição de panfletos, folders.</p>
Recursos críticos	Político: aprovação do projeto e envolvimento da equipe de saúde para mobilização dos pacientes.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: enfermeiro. Motivação: favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto ao NASF solicitando apoio. Apresentar projeto ao coordenador da ESF solicitando aprovação.
Responsáveis:	Enfermeira da unidade de saúde.
Cronograma / Prazo	6 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	O acompanhamento e avaliação ocorre paralelamente com a implantação do projeto e as implementações serão quando surgirem necessidades.

Fonte: própria autora (2014).

O “Projeto Saber +”, visa aumentar o grau de conhecimento sobre o Diabetes Mellitus tanto de pacientes quanto dos ACS. Contudo espera-se que os ACS estejam melhor mais preparados para abordar os pacientes e que os diabéticos fiquem mais informados, cooperativos e comprometidos com o tratamento.

Quadro 5 – Operação sobre o “Projeto Saber +” relacionado ao problema “Pouco conhecimento sobre a doença”, na população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Jurandyr Leitão, em Pará de Minas, MG

Nó crítico	Pouco conhecimento sobre a doença.
Operação	Informação para o paciente e ACS sobre a doença e suas complicações.
Projeto	Saber + Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e ACS sobre a doença e suas complicações.
Resultados esperados	Diabéticos melhor informados, e conscientes quanto ao problema.
Produtos esperados	Diabéticos mais comprometidos e informados e mais cooperativos. Melhor abordagem dos ACS aos pacientes diabéticos.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe da ESF

Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre o tema, educação continuada para ACS. Organizacional: organização da agenda, equipe multidisciplinar. Financeiro: aquisição dos materiais necessários, panfletos.
Recursos críticos	Cognitivo: conhecimento sobre o tema, educação continuada para ACS.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: enfermeiro. Motivação: favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto à Secretaria de Saúde e Coordenador da Atenção Básica para aquisição dos materiais.
Responsáveis:	Enfermeira da unidade de saúde.
Cronograma / Prazo	6 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	O acompanhamento e avaliação ocorre paralelamente com a implantação do projeto e as implementações serão quando surgirem necessidade.

Fonte: própria autora (2014).

Com a implantação dos projetos “Alimentação Saudável”, “Eu posso ser Saudável” e “Saber Mais” espera-se aumentar o nível de conhecimento dos pacientes sobre a doença, incentivar prática regular de atividade física e incentivar hábitos alimentares saudáveis.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado integral ao paciente com diabetes é um desafio para a equipe de saúde. No entanto cabe aos profissionais de saúde, criar estratégias para sensibilizar as pessoas quanto à necessidade de seguir o tratamento para controle do Diabetes Mellitus e suas complicações, por meio da abordagem de temas variados sobre essa patologia e suas complicações, dieta, prática diária de atividades físicas, importância de frequentar os grupos operativos e realização de exames de rotina. A partir disso, faz-se necessário ressaltar que o profissional deve exercer uma análise criteriosa do comportamento das pessoas, no que se refere ao Diabetes Mellitus, a fim de tentar compreender as suas dificuldades com relação à doença. Para isso é necessário considerar a diversidade de pessoas que os profissionais de enfermagem lidam todos os dias em seu trabalho, independente da faixa etária, raça, classe social e crenças, exigindo uma abordagem diferenciada para cada pessoa.

Contudo, espera-se que este Projeto de Intervenção possa contribuir com os profissionais de saúde, que lidam diretamente com os pacientes diabéticos, conduzindo-os a uma reflexão sobre vários aspectos que envolvem esta patologia, a fim de criar estratégias que estimulem a prática do cuidado único e individualizado e viabilizem a promoção da saúde, a fim de evitar complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes diabéticos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V. *et al.* **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes** - Saúde em Casa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2006. 198 p.

ASSUNCAO, T. S; URSINE, P. G. S. 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** [online]. 2008, v.13, suppl.2 [cited 2014-11-21], pp. 2189-2197 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000900024&script=sci_arttext. Acesso em: 28/11/2014.

BOAS, L. C. G.V. *et al.* Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 2, June 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a08v20n2>. Acesso em: 20 Nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3. Acesso em: 01 de julho de 2014.

GIL, G. P.; HADDAD, M. C. L.; GUARIENTE, M. H. D. M. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 2, p. 141-154, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/viewFile/3462/2817>>. Acesso em: 20/01/2015

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Brasília, DF, 2009. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 20 junho 2014.

LEITE, S. A. O *et al.* Pontos básicos de um programa de educação ao paciente com diabetes melito tipo 1. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 52, n. 2, Mar. 2008 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302008000200010&script=sci_arttext. Acesso em: 01 Dez. 2014.

OLIVEIRA, K. C. S. de; ZANETTI, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, Aug. 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000400010&script=sci_Arttext>. Acesso em: 20 Nov. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília (DF): OMS; 2003. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>>. Acesso em 21/01/2014.

PARÁ DE MINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Pará de Minas/MG, 03 de dezembro de 2013.

PEDROSO, E. R. P.; OLIVEIRA, R. G. de. **Blackbook: clínica médica**. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2007.

ROCHA, R. M.; ZANETTI, M. L.; SANTOS, M. A. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n.1, 2009, p.17-23 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a03v22n1>>. Acesso em 25/11/2014.

SIAB. **Sistema de Informação da Atenção Básica, 2014**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=0201>>. Acesso em 23 de set. 2014.

SMELTZER, Suzane C.; BARE, Brenda G. **Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem Médico-cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SMELTZER, Suzane C.; BARE, Brenda G. **Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem Médico-cirúrgica**. Histórico e tratamento com Diabetes Mellitus. v. 2. 10 ed. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 1215-1271.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Rio de Janeiro (RJ): Diagraphic Editora; 2007. Disponível em: http://www.anad.org.br/profissionais/images/diretrizes_SBD_2007.pdf>. Acesso em 22 jan. 2015.

SOUZA, C.R.; ZANETTI, M.L. Administração de insulina: uma abordagem fundamental na educação em diabetes. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34, n.3, p. 264-70, set. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000300007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 05/12/2014.

SOUZA, T.T. de et al. Qualidade de vida da pessoa diabética. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 31, n. 1, abr. 1997. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-2342013000200011&script=sci_arttext. Acesso em 19 nov. 2014.